ЗНАНИЕ НАРОДНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
факультет здоровья
9/85

А. М. Капитаненко

Профилактика болезней поджелудочной железы



НАРОДНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
Факультет здоровья № 9, 1985 г.
Издается ежемесячно с 1964 г.

А. М. Капитаненко

Профилактика болезней поджелудочной железы

ИЗДАТЕЛЬСТВО «ЗНАНИЕ»
МОСКВА 1985

ББК 54.13
К20

Автор: А. М. КАПИТАНЕНКО — кандидат медицинских наук.

Рецензент: Е. В. Ермаков — доктор медицинских наук, профессор.

Содержание

Вопросы и ответы (Вместо предисловия) 3
Место действия 8
Острый панкреатит 21
Хронический панкреатит 42
Требует неотложного внимания 59
Не только воспаление 89

Капитаненко А. М.

К20 Профилактика болезней поджелудочной железы. — М.: Знание, 1985. — 96 с. — (Нар. ун-т. Фак. здоровья; № 9).
15 к.

Автор брошюры рассказывает о распространенных и вместе с тем мало известных широкому кругу читателей заболеваниях поджелудочной железы. В брошюре излагаются причины возникновения этих болезней, особенности их клинических проявлений и основные пути профилактики. Читатель найдет в брошюре рекомендации, как предупредить указанные болезни, а при их развитии — избавиться от них.

Брошюра рассчитана на широкий круг читателей.

К $\frac{4112000000-147}{073(02)-85}$ КБ

ББК 54.13
61

Редактор Б. В. САМАРИН

Вопросы и ответы

(Вместо предисловия)

Читатель, впервые взявший в руки эту брошюру, естественно, может сразу же спросить: «О чем она? Стоит ли тратить время на ее прочтение? Заслуживает ли все то, что в ней рассказано, внимания?»

Автор не берется давать исчерпывающую оценку своему труду, но хотел бы прежде всего сказать следующее.

Данная брошюра посвящена заболеваниям поджелудочной железы, среди которых доминирующее положение занимают панкреатиты — болезни, о которых многие, и это следует подчеркнуть, имеют смутное представление. Эта брошюра адресована в первую очередь людям, желающим лучше знать свой организм, функционирование отдельных органов, их влияние на сохранение здоровья.

Быть здоровым желает каждый — это врожденное свойство человека, продиктованное биологическими законами. Но чтобы это желание осуществилось, нужно еще приложить усилия. О своих «болячках», как правило, люди говорят много и охотно, но лечиться планомерно и правильно, под руководством медиков, не очень-то любят. Конечно же, если это не серьезные, грозящие опасностями, болезни. Но в том-то и дело, что грозные и роковые болезни возникают нередко из запущенных нетяжелых, из-за того, что вовремя не обратили на них должного внимания, не задумались, почему они появились.

Все сказанное особенным образом относится к такого рода заболеваниям, как панкреатиты.

А что же такое панкреатит? Самой краткой формулировкой диагноза может быть следующая: «Воспаление поджелудочной железы, проявляющееся в двух формах: острой и хронической». Проявления как острого, так и хронического панкреатита разнообразны, и виды этих проявлений рассмотрены в соответствующих разделах брошюры.

Здесь же хотелось бы заметить следующее: поджелудочная железа, как ни странно, если подходить с точки зрения осведомленности о ней, относится к малоизвест-

ным органам. Что такое желудок, кишечник, печень, мы более или менее знаем, и представляем себе, как они устроены и функционируют. А поджелудочная железа и ее болезни для многих что-то из области «терра инкогнита».

Любой старшеклассник объяснит, например, что такое аппендицит, но вот о панкреатите... Можно, конечно, такую неосведомленность оправдать тем, что аппендицит — болезнь распространенная, широко известная, а панкреатит, как некоторые полагают, заболевание редкое, так сказать, специфическое.

К великому сожалению, надо признать, что панкреатиты в наше время, особенно в последние годы, встречаются сравнительно часто. Причем распространен как острый панкреатит, по общему количеству больных занимающий третье место среди острых хирургических заболеваний живота (после аппендицита и холецистита), так и хронический, встречающийся даже чаще, чем острый. Об этом говорят статистические данные, хотя у историков медицины панкреатит числится заболеванием сравнительно молодым. Молодой, но весьма коварный!

Причины возникновения панкреатита изучены, и о них будет подробно рассказано в соответствующих разделах брошюры. Но есть еще и первопричина, которая, как нам кажется, является фактором, имеющим общественное значение.

В последнее время получило распространение выражение: «У изголовья больного стоят два врача, врач лечащий и врач — сознание самого больного». Лечащий врач всегда на посту, всегда готов прийти на помощь, у него на вооружении последние достижения медицинской науки и практики. Но действенность его усилий будет снижена, если «второй врач» не станет его союзником. Проблема эта гораздо серьезнее, чем может показаться на первый взгляд. И о ней хотелось бы поговорить.

Мы живем в век научно-технической революции, преобразовывающей жизнь, ее ритмы и режимы. Изменились и условия труда, и быт. Люди стали жить совершенно в другом измерении, чем жили ну хотя бы 50 лет назад. Современному человеку дано решать задачи, немыслимые для поколения его дедушек и бабушек.

Вопросы науки, производства, искусства и даже спорта предстают перед сегодняшним «гомо сапиенс» на совершенно ином интеллектуальном уровне. Сегодня употребительнее «гомо эгес», то есть «существо действующее». Это требует нарастающего напряжения и физических и духовных сил. Поэтому отношение к здоровью каждого из нас должно быть качественно иным, чем пять-шесть десятилетий назад. Мы не можем себе позволять то, что могли делать наши деды.

Отношение к здоровью, к работе собственного организма должно быть интеллектуальным, точнее сказать — научным. «Второй врач» должен, возможно, даже опережать действия первого, то есть действовать — жить, работать, отдыхать так, чтобы не подорвать здоровье, чтобы первому врачу не было надобности подыскивать лекарства. Мы обязаны быть здоровыми во имя как собственной жизни, так и жизни наших детей. Вопросы здоровья сегодня становятся вопросами мировоззрения человека, его отношения к себе и к окружающим, к своему будущему.

Если говорить о панкреатитах с социальных позиций, то на их фоне особенно очевидно проявляется преемственность дурных привычек, когда наследуется неправильный образ жизни. Основными причинами возникновения этих заболеваний, принимающих массовый характер, стали прежде всего злоупотребления питанием и спиртными напитками. Панкреатит как шлейф тянется за алкоголизмом и перееданием.

Панкреатиты, как острый, так и хронический, являются заболеваниями весьма серьезными и требуют к себе серьезного отношения. В данной брошюре большое место уделено вопросам профилактики панкреатитов, и хотелось бы, чтобы читатель обратил особое внимание на это. Здесь же подчеркнем, что, как и при других серьезных заболеваниях, при панкреатитах недопустимо никакое самолечение.

«Второй врач» — это не сам себя лечащий, как могут некоторые истолковать, а помощник в лечении, проводимом первым врачом. Каждый человек от рождения получает физиологические механизмы устойчивости к воздействию неблагоприятных условий, в том числе и бо-

лезней. Так вот, первейшей задачей «второго врача» должно стать знание и умение бережно использовать эти механизмы.

У нас имеются огромные возможности для массовой профилактики. К сожалению, далеко не все эти возможности используются. Общеизвестно, что незаменимый источник бодрости, здоровья, хорошего настроения — физкультура и спорт. Регулярные занятия физкультурой — надежный щит от многих болезней, в том числе и от панкреатитов. Но многие ли из нас стараются вооружиться таким щитом?

По данным статистики, почти $^2/_3$ взрослого населения страны не занимается физкультурой. Грустные, но весьма показательные даные.

Известный французский врач Тиссо еще в XVIII веке вывел замечательную формулу здоровья. Он писал: «Движение как таковое может по своему действию заменить любое лекарство, но все лечебные средства мира не в состоянии заменить действие движения». Почему же мы не используем эту формулу на практике?

Множество вопросов возникает, когда речь идет о сохранении здоровья, о предупреждении заболеваний. Не на все из них сегодня можно ответить. Но думать о них, пытаться решить их необходимо.

В отношении к здоровью, как нигде, тесно переплетаются интересы личности и общества. Для каждого из нас здоровье — одно из главных условий полнокровного проявления себя во всех сферах человеческого бытия, неповторимость, уникальность конкретной жизни. Для общества, страны здоровье народа — это могучий потенциал и богатство, залог процветания и прогресса.

В настоящее время в Советском Союзе создана стройная система организации лечения и профилактики острых и хронических заболеваний, в том числе болезней поджелудочной железы. В такую систему входят:

городские станции скорой медицинской помощи, задачей которых является оказание неотложной медицинской помощи и срочная госпитализация в остром периоде заболевания;

больницы, в том числе специализированные отделения многопрофильных больниц для лечения боль-

ных с острыми заболеваниями поджелудочной железы;

реабилитационные центры, в которых происходит долечивание больных после стихания острых явлений болезни;

поликлиники, гастроэнтерологические центры. Их задача — систематическое врачебное наблюдение за больными после выписки из больницы, проведение лечебно-профилактических мер;

санатории и курорты, где можно получить профилактическое лечение при помощи физиотерапии, лечебной физкультуры, диетпитания и других лечебных факторов.

Развернуты и активно работают Центральный НИИ гастроэнтерологии в Москве, Днепропетровский НИИ гастроэнтерологии. В этих учреждениях ведется научная разработка острых и хронических заболеваний поджелудочной железы и намечаются меры по внедрению результатов научных исследований в практику здравоохранения.

Вместе с тем возрастающая роль профилактики, постоянно растущий социально-экономический и культурный уровень советских людей требуют формирования у каждого человека нашего социалистического общества потребности быть здоровым, гармонически развитым. В решении этой задачи важную роль играет пропаганда медицинских и гигиенических знаний, направленных на создание здорового образа жизни и профилактических мер, обеспечивающих укрепление здоровья людей.

Эту цель преследовал и автор брошюры. Он надеется, дорогой читатель, что знание приведенных в данной брошюре сведений о строении и физиологии поджелудочной железы, причинах возникновения и механизмах развития заболеваний этого важного для организма органа во многом будет способствовать успеху профилактических и лечебных мероприятий.

Место действия...

(Анатомия и физиология поджелудочной железы, роль ее в жизнедеятельности организма)

Легендарный герой древнегреческой мифологии Прометей, похитивший с неба огонь и научивший людей им пользоваться, был за это подвергнут богами жесточайшему наказанию. Его намертво приковали к скале, и каждый день прилетал орел, чтобы выклевывать его печень. Миф о Прометее многозначен и, между прочим, позволяет судить о том, что в античном мире были прекрасно осведомлены о той роли, какую играет в жизнедеятельности человеческого организма печень.

Поджелудочная железа не имеет такой многовековой известности, хотя является, если можно так сказать, ближайшей родственницей печени, младшей сестрой самой большой пищеварительной железы.

И печень, и поджелудочная железа, оба этих органа, выполняя в какой-то степени схожие функции, находятся в цепи пищеварительной системы. Печень, вырабатывающая желчь, которая поступает в двенадцатиперстную кишку, и поджелудочная железа, выделяющая так называемый панкреатический сок, поступающий также в двенадцатиперстную кишку, фактически участвуют в завершении процесса переваривания пищи.

Можно, таким образом, говорить о том, что и печень и поджелудочная железа являются звеньями единой системы — пищеварительной, а можно сказать, что это не звенья, а одно звено. Дело в том, что желчь и панкреатический сок попадают в двенадцатиперстную кишку через одну, общую «дверь».

Перед входом в двенадцатиперстную кишку так называемый общий желчный проток, по которому движется желчь, сливается с главным выводным протоком поджелудочной железы, по которому выводится панкреатический сок, в единый «желчесокопровод», впадающий в двенадцатиперстную кишку в том месте, которое носит название фатерова соска.

Природа, как видно, связала две эти железы навечно, сделала их неразлучными. Но если о печени знали уже в древности, а изменения желчи на протяжении нескольких веков представлялись в сознании людей причиной многих заболеваний, то о работе поджелудочной железы фактически стало известно лишь во второй половине прошлого столетия.

Начало систематическим исследованиям физиологии поджелудочной железы было положено в России. Сделал это Иван Петрович Павлов, который впервые разработал технику наложения фистулы панкреатического протока. И. П. Павлову и его сотрудникам принадлежит и честь открытия нервного механизма регуляции поджелудочной железы.

Как неудачно сложилась судьба с известностью поджелудочной железы, так не повезло ей и с именем. И желудок, и печень, и селезенка имеют собственные «гордые» имена. Поджелудочная же железа фактически всего-навсего названа по месту своего нахождения — позади задней стенки желудка. А между тем этот «безымянный» орган — неповторимая в своем роде железа в организме человека.

Ни у какого другого органа нет такого тесного взаимоотношения внутренней и внешней секреции. О внешней секреции — выделении панкреатического сока — было уже сказано. Это важная функция поджелудочной железы. Но главной ее функцией является все же выработка инсулина, ценнейшего гормона, поступающего из поджелудочной железы прямо в кровеносное русло. В этом и заключается внутренняя секреция поджелудочной железы.

О значении инсулина можно сказать в двух словах. Недостаточность его в организме вызывает тяжелейшую, изнурительную болезнь — сахарный диабет (сахарная болезнь, сахарное мочеизнурение), при которой нарушаются все виды обмена веществ.

Как же «умудряется» поджелудочная железа, этот сравнительно небольшой орган, совмещать две такие сложные функции: способствовать пищеварению и обогащать кровь необходимейшим инсулином? Не зная, как она устроена, трудно понять, как она работает.

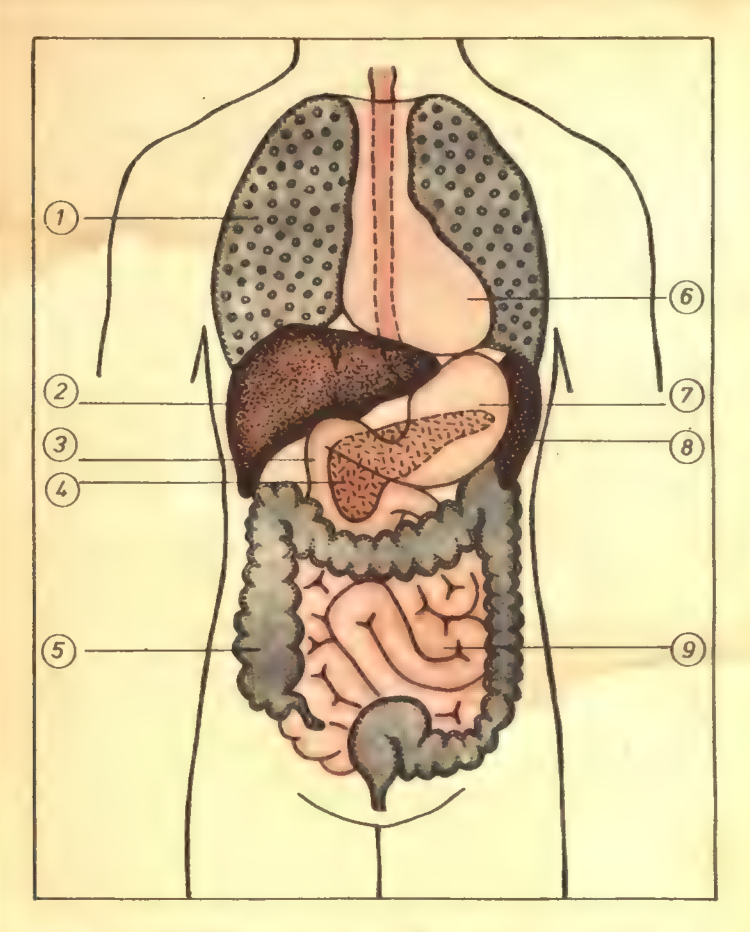


Рис. 1. Расположение внутренних органов человека: 1 — легкие; 2 — печень; 3 — двенадцатиперстная кишка; 4 — поджелудочная железа; 5 — толстая кишка; 6 — сердце; 7 — желудок; 8 — селезенка; 9 — тонкая кишка

Как уже было сказано, поджелудочная железа находится позади задней стенки желудка на уровне верхних (первого-второго) поясничных позвонков. Она имеет форму уплощенного, постепенно суживающегося гроздеобразного тяжа. Поджелудочная железа как бы вписана между желудком (вверху), селезенкой и двенадцатиперстной кишкой по бокам и почкой снизу (рис. 1).

Принято различать три части у поджелудочной железы: головку, тело и хвост. Головка — это та часть, которая примыкает к двенадцатиперстной кишке. Хвостом же поджелудочная железа упирается в селезенку.

Снаружи поджелудочная железа покрыта тонкой капсулой. Ее ответвления проникают в глубь железы и разделяют ее на дольки. В прослойках между дольками упрятаны кровеносные и лимфатические сосуды, нервы и выводные протоки. Выводные протоки начинаются внутри секреторных клеток, укрупняясь и сливаясь, они впадают в главный выводной проток. Последний идет вдоль всей железы, от хвоста до головки, постепенно расширяясь. Так, если в хвосте железы диаметр его составляет два миллиметра, то в головке — четыре, то есть вдвое больше.

У главного выводного протока, его еще называют просто панкреатическим протоком, длина колеблется в пределах 15—17 сантиметров. Благодаря гладкости протока, панкреатический сок беспрепятственно проходит весь путь к фатерову соску двенадцатиперстной кишки, где, как говорилось, главный выводной проток сливается с общим желчным протоком. У места впадения этих двух протоков в двенадцатиперстную кишку находится гладкомышечный жом — сфинктер Одди, который и регулирует поступление желчи и панкреатического сока.

Главный выводной проток относится к той части железы, которая носит название экзокринной. Другая часть наименована эндокринной. Осуществляя деятельность в двух направлениях — внутренней (эндокринной) и внешней (экзокринной) секреции, поджелудочная железа и устроена соответствующим образом.

Экзокринная часть представляет собой сложноустроенную альвеолярно-трубчатую железу (альвеола — лунка, ячейка). По сути, это целая система концевых железистых

отделов (ацинусов) и выводных протоков. Панкреатический ацинус составляет основную структуру дольки поджелудочной железы. Именно здесь вырабатывается сложный секреторный продукт, в содержание которого входят важнейшие пищеварительные ферменты.

Секрет, выделяемый ацинозными клетками, скапливаясь, попадает в выводные протоки, которые служат не только «трубопроводом», но как бы дополняют сложнейший химический процесс, происходящий в клетках ацинуса. В выводных протоках секрет обогащается новыми элементами, а также (для ускорения движения) разжижается. Все это делают так называемые внутридольковые и междольковые протоки, и на «главную магистраль» — в панкреатический проток секрет попадает уже в готовом виде.

Если учесть, что ацинозные клетки составляют почти 90% общей массы поджелудочной железы, эндокринная ее часть занимает совсем небольшое место. Эндокринная часть поджелудочной железы — это совокупность панкреатических островков (они еще называются островками Лангерганса), именно островков в море ацинозных клеток. Они разбросаны по всей железе, но преобладание их отмечается в левой ее половине, в частности в хвостовом отделе. Каждый островок образован группой секреторных клеток, заключенных в своеобразный мешочек из нежно-волокнистой ткани.

Секреторные клетки (инсулоциты) различаются между собой выполняемыми обязанностями и поэтому делятся на четыре типа. Первый тип клеток вырабатывает инсулин, второй — глюкагон, третий — соматостатин, четвертый продуцирует панкреатический полипептид. Различаются эти типы клеток и в количественном отношении. Если первый тип составляет 70%, второй — 20%, то третий всего-навсего 8%, а четвертый и того меньше — каких-то 0,5%.

Между экзокринной частью и эндокринной существует одна любопытная зависимость. В период роста организма (до 20—25 лет) экзокринная часть значительно увеличивает свою массу. Конечно же, происходит это за счет уменьшения количества панкреатических островков, то есть сокращения эндокринной части. Равноправия в отно-

шениях между экзокринной и эндокринной частями, как видно, не существует.

Равноправно они предстают лишь перед исследователем. Деятельность как экзокринной части (внешняя секреция), так и эндокринной (внутренняя секреция) может быть выявлена с одинаковой долей успеха. Недостаточность внешней секреции поджелудочной железы находит свое отражение в извращении или нарушении процесса пищеварения. Недостаточность внутренней секреции выражается в нарушении углеводного обмена.

По представлениям целого ряда исследователей при определенных функциональных состояниях клетки экзокринной и эндокринной ткани поджелудочной железы могут меняться функциями. Такой переход на ту или иную функцию осуществляется так называемыми ацинарно-островковыми клетками, группирующимися среди экзокринной ткани в околоинсулярной зоне.

Говоря о внешней и внутренней секреции поджелудочной железы, мы, по сути дела, касаемся физиологических явлений, происходящих в этом органе. Рассмотрим их подробнее.

Как уже сказано, поджелудочная железа выполняет две основные функции: 1) экзокринную (внешнесекреторную) и 2) эндокринную (внутрисекреторную). Первая заключается в секреции в двенадцатиперстную кишку сока, содержащего набор ферментов, расщепляющих основные группы пищевых полимеров. Вторая — в секреции в кровь ряда гормонов, прежде всего инсулина, регулирующих ассимиляцию пищи и процессы обмена веществ в организме.

Панкреатический сок, являющийся продуктом внешнесекреторной функции железы, представляет собой прозрачную бесцветную жидкость с щелочной реакцией. Количество панкреатического сока, выделяемого поджелудочной железой здорового взрослого человека за сутки, составляет в среднем 600—700 миллилитров. Эта цифра непостоянна. Пределы, в которых может измеряться количество сока, — от 30 до 2000 миллилитров.

К важнейшим составным элементам панкреатического сока относятся ферменты: трипсин, липаза, амилаза и др.

Из шести—восьми граммов пищеварительных ферментов, выделяемых ежедневно в желудочно-кишечный тракт, четыре—пять граммов принадлежат ферментам поджелудочной железы.

Трипсин, а также другие протеазы (химотрипсин, нуклеаза, карбоксипептидаза) выделяются в неактивном состоянии. Трипсин попадает в двенадцатиперстную кишку бездеятельным в виде трипсиногена, который под влиянием содержащейся в кишечном соке энтерокиназы переходит в активное состояние.

Трипсиноген приобретает активность также под воздействием желчи, токсинов бактерий, продуктов тканевого распада. Химотрипсиноген активизируется трипсином. Трипсин, химотрипсин и другие протеазы расщепляют, вернее, продолжают начатое в желудке расщепление белков до конечных продуктов аминокислот. Поджелудочная железа вырабатывает также и ингибитор (вещество, подавлящее активность трипсина), который содержится в клетках органа и предохраняет их от переваривания активным трипсином.

Липаза действует в союзе с желчью. Она активизируется в двенадцатиперстной кишке желчными кислотами. Желчь превращает жиры в мельчайшие капли, а липаза расщепляет эти капли на глицерин и жирные кислоты, сама липаза способствует эмульгированию жиров желчью.

Фермент амилаза занимается расщеплением углеводов. Расщеплению подвергаются крахмал, гликоген и другие углеводы, превращаясь в конце концов в дисахариды, которые затем подпадают под воздействие кишечных ферментов.

Особенностью ферментов поджелудочной железы является то обстоятельство, что они оказывают действие на пищевые продукты только в щелочной среде. Роль «ощелачивателя» выполняет двууглекислый натрий, содержащийся в значительном количестве в панкреатическом соке. Именно он участвует в нейтрализации поступающего в двенадцатиперстную кишку кислого желудочного сока.

Таким образом, функциональные обязанности между ферментами панкреатического сока строго распределе-

ны, а главное, строго исполняются. Изучая эти обязанности, исследователи установили интересную зависимость количества и качества панкреатического сока от объема принимаемой пищи и ее состава.

По этому поводу И. П. Павлов в своих знаменитых «Лекциях о работе главных пищеварительных желез» отметил, что желудочные железы, как и поджелудочная, оказались обладающими как бы умом. Они изливают свой сок в соответствии с массой и сортом пищи, дают сока именно столько и такого качества, которое нужно для обработки данного сорта.

Любитель (скорее любительница) пирожных и других сладких кондитерских изделий даже и не подозревает, что происходит в его поджелудочной железе после того, как сладости превратились в продукт пищеварения.

А происходит следующее: содержание амилазы в панкреатическом соке значительно возрастает, и усиливается скорость синтеза этого фермента, в то время как количество ферментов, в частности трипсина, участвующих в расщеплении белка, резко уменьшается. Амилаза «вытесняет» своих «соседей», и весьма активно.

Кстати говоря, амилаза является косвенной виновницей того процесса, который приводит в конце концов к тому, что называется «лишним весом». Дело в том, что организму требуется вполне определенное количество углеводов, и избыток их (чрезмерное увлечение кондитерскими изделиями, сахаром и т. п.) прямо ведет к увеличению веса. Оказывается, в употреблении сладостей, как, впрочем, и во всем, нужна мера.

Внешняя (экскреторная) секреция поджелудочной железы представляет собой беспрерывный процесс, в котором принимают участие как ацинарные клетки самой железы, так и системы нейро-гуморальной регуляции и кровообращения.

Полный рабочий цикл ацинарной клетки занимает в среднем полтора-два часа. Он состоит из нескольких фаз, развертывающихся в различных участках самой клетки. В первой фазе секреторного цикла в клетку поступают питательные вещества — от капилляра к клетке продвигаются крупные частицы питательных веществ (аминокислоты, моносахариды, жирные кислоты, ионы

и др.). Часть попавших в клетку питательных веществ служит материалом для выработки ферментов. Другая часть используется клеткой на внутренние энергетические затраты и временно накапливается в специальных образованиях — вакуолях клетки.

Во второй фазе рабочего секреторного цикла в клетке происходит синтез первичного секрета, основной частью которого являются белки. Белок синтезируется на рибосомах — специальных образованиях клетки. В роли стимуляторов панкреатической секреции выступают углеводы. Они соединяются с белками, образуя гликопротеиды — структурную основу ферментов.

Вторая фаза — фаза созревания секрета. За ней следует фаза накопления. При нормальном питании секрет задерживается в клетках лишь на короткое время. Фаза накопления переходит в фазу выделения секрета. Синтезированный секрет поступает через клеточную мембрану в просвет протоков, а затем уже через главный проток изливается в двенадцатиперстную кишку.

Различают три фазы секреции панкреатического сока: сложнорефлекторную, желудочную и кишечную. Сложнорефлекторная фаза складывается из двух процессов: вид и запах пищи вызывают условный рефлекс, который подкрепляется безусловным — жеванием и глотанием. Под действием этих факторов уже через одну-две минуты после приема пищи начинается секреция панкреатического сока.

Желудочная фаза секреции панкреатического сока связана с растяжением выходного отдела желудка при наполнении его пищей. В привратниковом отделе желудка, откуда пища поступает уже в двенадцатиперстную кишку, при наполнении выделяется полипептид — гастрин, обладающий чрезвычайной биологической активностью. Вот этот самый гастрин начинает стимулировать секрецию ферментов в панкреатическом соке и делает свое дело весьма успешно.

Третья фаза секреции панкреатического сока — кишечная. По времени она последняя, по значению — основная. Механизм действия этой фазы довольно сложен. В процессе пищеварения, когда пища из желудка попадает в двенадцатиперстную кишку, сли-

зистая оболочка последней под действием соляной кислоты, «сопровождающей» пищу, выделяет гормон секретин.

Секретин захватывается кровью и заносится ею в поджелудочную железу. Тут начинается новая химическая реакция. Секретин стимулирует секрецию большого количества богатого бикарбонатами и бедного хлоридами и ферментами панкреатического сока. Иными словами, дополняет действия гастрина, обогащая панкреатический сок новыми, необходимыми ему элементами. Секретин действует на секрецию железы и через симпатическую нервную систему. В результате выделения бикарбоната pH тонкой кишки становится нейтральным. Создание нейтральной среды необходимо для активации панкреатических ферментов.

Раздражителем внешнесекреторной функции поджелудочной железы является и панкреозимин, вырабатывающийся на стыке двенадцатиперстной и тонкой кишок под воздействием щелочной пищевой кашицы. Панкреатический сок, выделяемый под действием панкреозимина, богат белками и ферментами и беден бикарбонатом.

Естественными стимуляторами панкреатического сока выступают соляная кислота, желчь и некоторые пищевые ингредиенты.

Внешнесекреторная деятельность поджелудочной железы способна изменяться под влиянием целого ряда лекарственных и витаминных препаратов. В частности, атропин, гистамин и эфедрин тормозят, а пилокарпин, инсулин, морфин, витамин А, сернокислая магнезия стимулируют панкреатическую секрецию.

Следует отметить, что на секреторную функцию поджелудочной железы оказывают немаловажное влияние гормоны гипофиза (придатка мозга), щитовидной и паращитовидных желез и надпочечников. Секреторная функция поджелудочной железы находится, таким образом, в зависимости от многих «посредников», на первый взгляд не имеющих как будто к ней никакого отношения. Главным же побудителем к выделению сока поджелудочной железы была и остается пища.

Характерно, что голодание приводит к резкому

снижению объема панкреатического сока и уменьшению концентрации в нем ферментов. Объем сока прямо зависит от характера пищи. Так, при потреблении хлеба выделяется максимальное количество панкреатического сока, при мясном рационе — несколько меньшее, а минимальное сокоотделение наблюдается при молочной диете.

Ферменты панкреатического сока обладают способностью изменять свою активность. Как правило, происходит это при заболеваниях поджелудочной железы и различных патологических процессах. Но изменения такого рода не проходят незримо. Активность как амилазы, так и трипсина и липазы с целью диагностики определяются старым и проверенным способом: анализами крови, мочи и кала, а также содержимого двенадцатиперстной кишки. Количественное определение ферментов при таких анализах дает основание для оценки всей внешнесекреторной способности поджелудочной железы.

Рассматривая строение эндокринной части поджелудочной железы, мы уже говорили о том, что секреторные клетки панкреатических островков (островки Лангерганса) делятся на четыре типа. Первый тип, составляющий большинство (70%) — это бета-клетки, продуцирующие инсулин, гормон, поступающий в кровь и здесь развивающий свою деятельность. Но прежде чем говорить об этом, придется вспомнить о работе фермента панкреатического сока — амилазе.

Амилаза, как известно, расщепляет углеводы, находящиеся еще в пище (в процессе пищеварения) на глюкозу и мальтозу, то есть, по существу, на различные молекулярные соединения сахара. Глюкоза в чистом виде легко всасывается в кровь, в этом она сродни воде и, так же как вода, может попадать в кровеносное русло уже в полости рта.

Являясь одним из важнейших источников энергии в организме, глюкоза как будто олицетворяет собой существо, наделенное чрезвычайными полномочиями. Впрочем, так оно и есть. Важным свойством глюкозы является ее способность после усвоения моментально превращаться в новое вещество — гликоген, — которое

необходимо для питания работающих мышц, в том числе и сердечной мышцы. Потому-то глюкоза стала незаменимым средством для питания послеоперационных, ослабленных и тяжелобольных.

Не думайте, однако, что превращение глюкозы в гликоген происходит само собой, как по мановению волшебной палочки. Глюкозу в гликоген превращает не что иное, как... инсулин. В этом и заключается одна из его функций, наиболее важная и необходимая. Под влиянием инсулина происходит поглощение сахара крови тканями. Инсулин обладает способностью снижать количество сахара в крови. Содержание сахара в крови поэтому буквально «контролируется» поджелудочной железой. При увеличении количества сахара в крови поджелудочная железа начинает выделять больше инсулина, и поступление его в кровь повышается, в то время как при уменьшении сахара — понижается.

Инсулин в сыворотке крови выступает в двояком виде. Первый, так называемый свободный, не связан с белком и занят тем, что стимулирует поглощение глюкозы мышечной тканью и лишь в незначительной степени — жировой тканью. Второй вид, который носит название «инсулин связанный», находится в соединении с белком, и объектом его внимания целиком становится жировая ткань. Именно для нее, не обращая никакого внимания на мышечную ткань, стимулирует инсулин превращение глюкозы в гликоген.

Следует отметить одну необычную особенность гликогена. Напитав мышцы до предела потребности, он откладывается в печени, так сказать, «про запас» и иногда в значительном количестве.

А что же происходит при нарушении цепи глюкоза — инсулин — гликоген, когда основное звено, инсулин, выпадает? Оказывается, кроме инсулина, ничто не может сделать возможной метаморфозу глюкоза—гликоген. Глюкоза остается в чистом виде, а гликоген очень быстро истощается. Ткани лишаются источника энергии, нарушается обмен веществ, и ворота для различных болезней открыты. Самая страшная из них — сахарный диабет.

Вторым гормоном, регулирующим углеводный обмен, является глюкагон, вырабатываемый альфа-клетками островков Лангерганса, а также слизистой оболочкой желудка и кишечника. Он обеспечивает выделение глюкозы в кровь из запасов гликогена в печени, когда содержание сахара в крови понижается. Глюкагон и инсулин — антагонисты, и их «вражда» способствует поддержанию равновесия нормального содержания сахара в крови.

Третий гормон поджелудочной железы — липокаин. Он усиливает образование в печени фосфолипидов и этим способствует лучшему окислению жирных кислот. При недостаточном образовании липокаина развивается жировое перерождение печени.

Четвертый гормон — калликреин (падутин) находится в ткани поджелудочной железы в неактивном состоянии. Он активируется в двенадцатиперстной кишке и обладает свойством понижать артериальное давление и, в слабой степени, уменьшать уровень сахара в крови.

Итак, внешнесекреторная и внутрисекреторная функции поджелудочной железы имеют для жизнедеятельности организма человека очень важное значение. При заболевании этого органа нарушается нормальное пищеварение: переваривание и всасывание пищевых веществ (вначале жиров, а затем белков и углеводов).

Выпадение внутрисекреторной функции поджелудочной железы приводит к развитию сахарного диабета, нарушению окисления жирных кислот, к возникновению жирового перерождения печени.

Поджелудочная железа обладает и другими функциями. Через нее выделяются продукты обмена или продукты, введенные извне. Особенно много лекарственных средств, которые при введении в организм выделяются через железу в панкреатический сок (антибиотики, сульфаниламидные препараты и др.). Поджелудочная железа участвует в процессах кроветворения и свертывания крови, а также и в регуляции кровяного давления.

Вот почему мы должны больше знать о существовании и функционировании и этого небольшого, но

очень своеобразного и в высшей степени нужного органа. Особенно если принять во внимание, что у поджелудочной железы оказывается не меньше «врагов», чем у могущественных соседей (желудка и печени). Уже поэтому поджелудочная железа требует к себе бережного, внимательного отношения.

В начале раздела упоминался миф о Прометее. Каждый день орел «выклевывал» ему печень. А если допустить, что нечто подобное происходит и сегодня? И не только с печенью, но и с другими органами, в том числе и с поджелудочной железой? А «выклевывают» их не орел, а алкоголь, переедание, неполноценное питание? Но как это происходит конкретно с поджелудочной железой, какие вредные факторы и как неблагоприятно на нее действуют, речь пойдет в следующих разделах.

Острый панкреатит

Острый панкреатит — болезнь весьма и весьма распространенная. Среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости острый панкреатит по общему количеству больных занимает третье место, уступая лишь аппендициту и холециститу. Можно сказать, «пока еще уступает», ибо статистика заболеваний острым панкреатитом, особенно в последние годы, говорит о неуклонном росте больных с выраженными изменениями в поджелудочной железе, представляющими большую опасность для жизни.

По данным одного из ведущих советских специалистов в области панкреатологии профессора В. И. Филина, в 50-е годы больные острым панкреатитом, которые нуждались в срочной хирургической помощи, составляли 0,5—1% от общего числа больных с заболеваниями органов брюшной полости. А в 70-е и 80-е годы, то есть за последнее десятилетие, их уже стало 10—12%.

Приведенные цифры очень тревожные, если учесть еще то обстоятельство, что тенденцию роста получили тяжелые формы острого панкреатита, дающие большую смертность. Заболевания такого рода составляют в на-

стоящее время от 10 до 15% среди всех случаев острого панкреатита. Частота возникновения тяжелых форм увеличивается с возрастом. Легкие формы заболевания бывают значительно чаще, но они реже распознаются по причине отсутствия специфических признаков данной формы болезни.

Злоупотребление спиртными напитками и переедание на фоне нервно-психических перевозбуждений, которым нередко бывает подвержен современный человек, чрезмерно активно реагирующий на все события окружающего мира, — вот факторы, способствующие росту заболеваний острым панкреатитом.

Многопричинность, сопутствующая возникновению заболеваний острым панкреатитом, носит скорее социальный характер. Изменение условий жизни и труда в эпоху научно-технической революции непроизвольно приводят к ослаблению биологической защищенности человека перед лицом ряда заболеваний.

Многочисленными исследованиями установлено, например, что заболевания желчных путей во второй половине нашего столетия стали встречаться значительно чаще, чем в первое пятидесятилетие. Объясняется это многими причинами, разбирать которые мы здесь не будем. Для нас важно другое. Научные исследования установили четкую связь между острым панкреатитом и заболеваниями желчных путей. По статистическим данным, у 60—80% больных острым панкреатитом было предшествующее или сопутствующее панкреатиту заболевание желчных путей, в первую очередь желчнокаменная болезнь. Замечено при этом, что приступ печеночной колики нередко предшествует развитию острого панкреатита.

По нашим данным, изолированное заболевание хроническим панкреатитом без сочетания с другими болезнями органов пищеварения встречается редко. В подавляющем же большинстве случаев заболевание поджелудочной железы сочетается с поражением других органов пищеварения.

Вот почему в последние годы чаще пользуются терминами «холецистопанкреатит» (сочетание воспаления желчного пузыря и поджелудочной железы), «холан-

гио-холецистопанкреатит» (воспаление желчных ходов, желчного пузыря и поджелудочной железы), «панкреатодуоденит» (воспаление поджелудочной железы и слизистой двенадцатиперстной кишки), «гепато-панкреатит» (воспаление печени и поджелудочной железы) и т. д.

Каким же образом возникает связь между заболеванием желчных путей и острым панкреатитом? Основную роль здесь играет желчь, которая в определенных случаях имеет возможность проникнуть в панкреатический проток и вызвать активацию ферментов панкреатического сока. Проникновение желчи в главный панкреатический (вирсунгов) проток экспериментально и с помощью клинико-рентгенологических наблюдений доказано. Происходит этот процесс в тех случаях, когда общий желчный проток сливается с панкреатическим протоком, а закупорка камнем при желчнокаменной болезни находится ниже уровня их слияния.

Забрасывание желчи в вирсунгов проток является возможной, но не единственной причиной острого панкреатита. Помимо рефлюкса (заброса) желчи в панкреатический проток, причиной вспышки панкреатита может стать нарушение оттока панкреатического сока. Подобное нарушение происходит во многих случаях: при закупорке желчными или панкреатическими камнями (есть и такие), при спазмах сфинктера Одди, отеках слизистой оболочки протоков и т. п. Представив себе механизм нарушения, можно в какой-то степени объяснить частое сочетание острого панкреатита с заболеваниями желчных путей.

Не так уж редко причиной развития острого панкреатита является хроническое и острое отравление алкоголем. Связь острого панкреатита с алкоголизмом не вызывает никаких сомнений и подтверждается статистическими наблюдениями. По данным американского гастроэнтеролога Н. Бокуса, 60% больных острым панкреатитом, то есть более половины, приобрели эту болезнь как «бесплатное приложение» к хроническому алкоголизму.

Весьма часто причиной возникновения и развития острого панкреатита становится нарушение питания, его

режима и рациона. Обильное питание, переходящее в переедание, чему немало способствует употребление спиртных напитков, такое же зло, как и неполноценное питание, особенно когда пищевой рацион обеднен белками (так называемая «белково-дефицитная диета»).

Нередки случаи, когда причиной заболевания являются физические травмы (ушиб живота, например), сложные операции на органах брюшной полости. Следует заметить, что число травматических и послеоперационных острых панкреатитов за последние годы значительно возросло. Связано это с ростом травматизма, особенно транспортного, и с увеличением числа сложных операций на органах брюшной полости (операции на желудке и желчных путях).

Не потеряли своего причинного значения и многочисленные инфекции. Медицинская литература располагает описаниями случаев возникновения острого панкреатита при таких инфекционных заболеваниях, как болезнь Боткина, свинка, ревматизм и т. д. Аллергические состояния, так же как и отравления различными химическими веществами (кислотами, щелочами, фосфором и др.), различные поражения сосудов поджелудочной железы, всякого рода нагноительные процессы в брюшной полости (тот же аппендицит) — все это может быть причиной возникновения и развития острого панкреатита.

Как видно, причин, больших и малых, для возникновения острого панкреатита, более чем достаточно. Многопричинность как будто служит оправданием увеличения численности больных, пораженных этим недугом. Но оправдание в данном случае — не утешение. Утешителен скорее факт раннего выявления, а следовательно, и своевременного лечения большого числа больных острым панкреатитом.

Такой факт стал возможным благодаря внедрению новых методов исследования больных, благодаря высокой квалификации врачебного персонала, создания при больших больницах специализированных отделений и панкреатологических центров.

Конечно, возникают вопросы: что происходит в поджелудочной железе при остром панкреатите? Каков

вообще механизм возникновения и развития этого заболевания?

Решающую роль в возникновении и последующем развитии острого панкреатита играют два сложных процесса. Один из них происходит в самой железе, другой — в системе кровообеспечения организма. Первый процесс заключается в активации ферментов в поджелудочной железе с последующим перевариванием ткани органа. Второй процесс — общетоксическое действие на организм поступающих в кровь ферментов поджелудочной железы.

А что приводит к болезнетворной активации ферментов в самой поджелудочной железе? Как показали исследования, любой фактор, который вызывает повреждение клеток паренхимы поджелудочной железы и резкое повышение отделения ее секрета с одновременным затруднением его оттока, а также забрасывание в панкреатические протоки желчи и содержимого двенадцатиперстной кишки, может привести к активации агрессивных ферментов в самой железе и развитию острого панкреатита.

При закупорке протоков и повышении вследствие этого давления в них, панкреатический сок, содержащий ферменты, в поисках выхода проникает из мелких ходов в окружающую их ткань железы, вызывая ее воспаление — панкреатит. А всасываясь в кровь, ферменты оказывают на организм общетоксическое действие и поражают различные органы. Такой механизм является первичным эффектом в развитии патологического процесса при тяжелых формах острого панкреатита.

Отметим условия, при которых и желчь, и содержимое двенадцатиперстной кишки получают возможность проникать в поджелудочную железу. Вспомним: как правило, главный панкреатический проток (вирсунгов) и общий желчный проток имеют общий «выход» в стенке двенадцатиперстной кишки (рис. 2). Говоря точнее, оба протока открываются в ампулу большого соска двенадцатиперстной кишки. В этой ампуле и происходит смешение сока поджелудочной железы и желчи.

Теперь представим себе такую ситуацию. При определенных условиях происходит обильное желчеисточение,

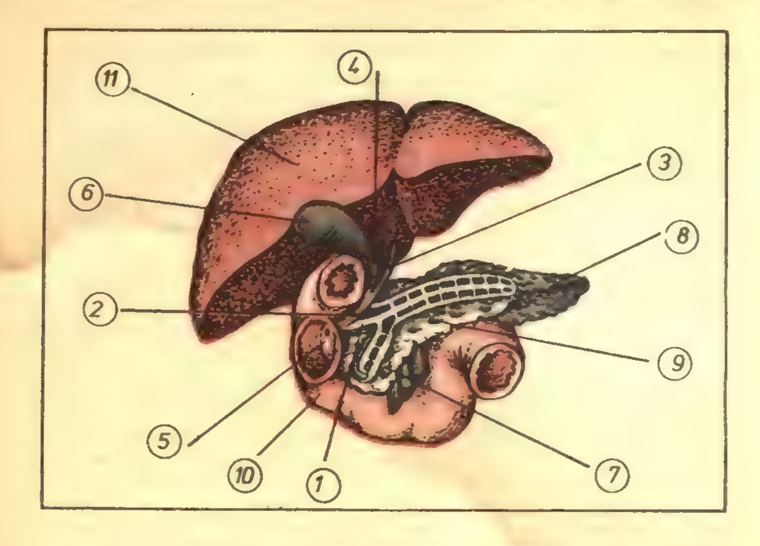


Рис. 2. Схема расположения главного панкреатического и общего желчного протоков: 1 — главный поджелудочный проток; 2 — общий желчный проток; 3 — общий печеночный проток; 4 — пузырный проток; 5 — большой дуоденальный (фатеров) сосок; 6 — желчный пузырь; 7 — головка поджелудочной железы; 8 — хвост поджелудочной железы; 9 — тело поджелудочной железы; 10 — двенадцатиперстная кишка; 11 — печень

но имеется препятствие для нормального оттока желчи в двенадцатиперстную кишку. Тогда в желчных протоках создается повышенное давление. В то же время поступление сока поджелудочной железы происходит в нормальных параметрах, то есть давление в панкреатических протоках ниже, чем в желчных. При таком несоответствии давлений происходит закономерный (по правилу сообщающихся сосудов) толчок скопившейся в ампуле желчи в сторону панкреатического протока.

В указанном случае желчь забрасывается в буквальном смысле слова в протоки поджелудочной железы, повреждая при этом клетки ткани железы и одновременно активируя ее ферменты. А повреждение клеток ткани

поджелудочной железы и активация ее ферментов, как мы уже знаем, создают самую благоприятную почву для возникновения острого панкреатита.

По тому же принципу при разнице давлений в двенадцатиперстной кишке и в протоках поджелудочной железы (в первой оно выше, чем в протоках) происходит проникновение содержимого двенадцатиперстной кишки в панкреатические протоки. Бывает это обычно при длительной задержке пищевого комка в двенадцатиперстной кишке.

Сок поджелудочной железы обильно выделяется, как, впрочем, и желудочный секрет, при употреблении острых блюд (соленые и маринованные грибы и огурцы, квашеная капуста, мясные и рыбные консервы, наваристые мясные бульоны, всякого рода копчености и т. п.). Способствуют повышению выделения сока и некоторые напитки, такие, как брусничный, яблочный, лимонный, клюквенный соки, пиво, квас.

Если отток панкреатического сока происходит нормально, то есть он беспрепятственно попадает в двенадцатиперстную кишку, повышение секреции не представляет опасности. Другое дело, когда отток сока затруднен, а протоки заполнены до отказа и внутреннее давление в них возрастает. В этом случае повышение секреции панкреатического сока уже чревато опасностями, которых лучше избежать, исключив из рациона питания те продукты, употребление которых вызывает повышение секреции. Тут, как говорится, «лучше недоесть, чем переесть».

Следует помнить, что такое явление, как затруднение оттока панкреатического сока, может возникнуть от самых различных, часто неожиданных и внезапных причин. Например, вдруг наступает длительное сокращение мышц большого дуоденального соска, в который впадает панкреатический проток. Отток сока, естественно, нарушается. А сокращение мышц может произойти от того, что человек перенес нервно-психическую перегрузку.

Затруднение оттока панкреатического сока в двенадцатиперстную кишку, как, впрочем, и оттока желчи, нередко наблюдается при воспалении слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки, когда появляется значитель-

ный отек тканей в области большого дуоденального соска. Воспаление слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки (дуоденит), как правило, возникает при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, воспалении желчных путей, а также после приема остро раздражающих веществ, таких, как горчица, алкогольные суррогаты, кислоты и т. п.

Тут четко прослеживается цепочка, где одно звено тянет за собой другое. Так, алкоголь раздражает слизистую оболочку двенадцатиперстной кишки, появляется воспаление слизистой оболочки, дающее отек в области большого дуоденального соска, а отек становится препятствием для нормального оттока панкреатического сока.

В этой цепочке роль алкоголя ясна и определенна. К сожалению, это не единственная роль алкоголя в общем представлении возникновения и развития острого панкреатита. Можно сказать, что алкоголь в зарождении заболевания поджелудочной железы выступает как многоликое и коварно могучее существо, укротить которое не так-то просто. Вот почему алкоголь «по праву» числится среди самых частых первопричин возникновения острого панкреатита.

При алкогольном панкреатите выступает на сцену целый комплекс отрицательных факторов, способствующих развитию болезни. Алкоголь, во-первых, вызывает усиленное выделение панкреатического сока и желчи при одновременном раздражении, доходящем до воспаления и отека слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки (о чем говорилось раньше). Во-вторых, алкоголь при хроническом употреблении, в случаях хронического алкоголизма разрушает саму ткань поджелудочной железы. Происходит это оттого, что употребление алкоголя, как правило, не сопровождается приемом пищи, аппетит у алкоголиков отзывается лишь на напитки.

Неполноценное питание, ставшее нормой, неумолимо приводит в таком случае к белковой и витаминной недостаточности тканей, вследствие чего страдают не только поджелудочная железа, но и другие органы, особенно центральная нервная система и печень. Алкоголь «опоясывает» осадной зоной поджелудочную железу,

создавая благоприятные условия для возникновения острого панкреатита и других серьезнейших болезней.

Возвращаясь к вопросу о нарушениях нормального оттока панкреатического сока, заметим, что причинами патологических явлений в функционировании поджелудочной железы могут явиться различные заболевания двенадцатиперстной кишки, тонкой и толстой кишок. Среди них: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, воспаление слизистой тонкой кишки (энтерит), толстой кишки (колит), выпячивание стенки кишки (дивертикулы), сопровождающиеся расстройством эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта и приводящие к запорам, различные опухоли как поджелудочной железы, так и двенадцатиперстной кишки.

Наиболее часто (в более 50% случаев) возникают аномалии с оттоком панкреатического сока в связи с различными заболеваниями желчных путей, в первую очередь с желчнокаменной болезнью. Желчные камни, образующиеся в желчном пузыре или желчных протоках, могут вызвать непроходимость желчи и панкреатического сока. Застой желчи и панкреатического сока наблюдается иногда у беременных и в раннем послеродовом периоде, что также способствует возникновению панкреатита.

Иногда нарушение нормального оттока панкреатического сока вызывают попавшие в протоки железы такие паразиты, как аскариды.

Существует, как видно, большое число разнообразных факторов, которые в той или иной степени имеют определенное значение в возникновении и развитии острого панкреатита.

Теперь остановимся кратко на структурных (морфологических) изменениях в поджелудочной железе, возникающих при этом заболевании. Легкие формы болезни характеризуются отеком и нерезко выраженным воспалением ткани железы. При тяжелых формах воспалительные изменения приобретают грозный характер: появляются участки омертвевшей ткани (некроз), которые в дальнейшем прорастают соединительной тканью (фиброз) и обызвествляются. Острый гнойный

панкреатит проявляется образованием различной величины гнойников с расплавлением ткани железы.

Какие же признаки более всего свойственны острому панкреатиту? Для тяжелой формы заболевания типично весьма бурное начало: резкие, приступами боли в верхней половине живота, зачастую настолько интенсивные, что больной не может точно определить место их нахождения. Нередко боли ощущаются в подложечной области и отдают в спину, левую половину туловища, приобретают так называемый опоясывающий характер. Своей приступообразностью они подчас напоминают боли при желчнокаменной или почечнокаменной болезни, а бывают и непрерывными, как при остром воспалении желчного пузыря. Это обстоятельство при необходимости распознавания острого панкреатита может ставить врача в тупик.

Очевидно, в какой-то степени руководством в таких случаях способно служить следующее, проверенное на практике наблюдение. Во время приступа острого панкреатита, несмотря на тяжесть болевых ощущений, брюшная стенка живота сохраняется мягкой в отличие от общеизвестной картины острого живота при других заболеваниях.

Именно такое несоответствие между тяжестью субъективных ощущений и данными объективного исследования брюшной стенки путем прощупывания (пальпации) в первые часы заболевания является важным признаком, позволяющим медицинскому работнику заподозрить острый панкреатит.

Наряду с болями в животе развивается усиленное газообразование, в силу чего живот у больного вздувается, возникают тошнота, обильная рвота, часто упорное слюноотделение. Состав рвотных масс может быть «ориентиром» при распознавании заболевания. Наличие, например, в рвотной жидкости примеси желчи свидетельствует о проходимости общего желчного протока. Кровавая рвота присуща наиболее тяжелой форме болезни. Каловой рвоты при остром панкреатите не бывает.

При тяжелой форме острого панкреатита чаще, чем при каком-либо ином заболевании брюшной полости,

сильные боли могут привести к шоку. Вначале шоковое состояние сопровождается замедлением пульса и повышением артериального кровяного давления. В дальнейшем кровяное давление резко падает, пульс учащается, становится нитевидным вследствие слабого наполнения сосудов кровью, развивается коллапс, который в начальном периоде заболевания может привести к смертельному исходу. При шоке с одновременным поражением почек вследствие воздействия на них фермента поджелудочной железы трипсина количество мочи уменьшается, может наступить полное прекращение выделения мочи (анурия) и отравление организма продуктами обмена, подлежащими удалению с мочой (уремия). Тогда больному угрожает роковой исход.

Температура тела больного в состоянии шока невысокая, но с тенденцией повышения до больших цифр. Так называемая высокая лихорадка появляется при обширном омертвении тканей в самой поджелудочной железе, при гнойном панкреатите, осложнениях сепсисом (общее тяжелое инфекционное заболевание, обусловленное циркуляцией в крови болезнетворных микроорганизмов и их токсинов), пневмонией или воспалением желчевыводящих протоков. Возможно нарушение функции кишечника, проявляющееся запорами и поносами.

Очень важно помнить, что острый панкреатит иногда сочетается с инфарктом миокарда или сопровождается коронарной недостаточностью. В этих случаях появляются боли в сердце. Однако исключить или подтвердить наличие инфаркта миокарда может только врач.

Вообще следует заметить, что диагноз острого панкреатита связан с многочисленными трудностями, причем как для больного, так и для врача. Дело в том, что эта болезнь имеет сходные клинические проявления с целым рядом весьма серьезных болезней. Тут и острый холецистит, и приступы печеночной колики, и прободная язва желудка, и острая непроходимость кишечника.

Мало того, можно еще упомянуть пищевую интоксикацию, острый перитонит, гангренозный аппендицит, тромбоз сосудов брюшной полости. Об инфаркте мио-

карда и коронарной недостаточности уже было сказано.

Совсем нелегко разобраться в таком «букете», чтобы выбрать единственный «цветок» — острый панкреатит, то есть установить точный диагноз. Весьма возможно, что известный афоризм о том, что «сделать первый шаг для определения диагноза — это подумать о нем», был высказан именно в связи с диагностикой острого панкреатита.

Несмотря на трудности при постановке диагноза острого панкреатита, а может быть, и благодаря им в медицинской практике накоплен достаточный опыт для отделения «цветка» от «букета». Острый панкреатит все же обладает характерными, отличающими его от других заболеваний, признаками. Вот некоторые из них.

От приступа печеночной колики острый панкреатит можно отличить по наличию внезапно начавшихся продолжительных болей в верхней половине живота посредине и влево от средней линии. Они распространяются влево к пояснице, не уменьшаются после рвоты, желтуха чаще отсутствует. Быстро развивающийся коллапс и признаки частичной кишечной недостаточности свидетельствуют скорее об остром панкреатите.

В отличие от острой кишечной непроходимости при остром панкреатите отсутствуют: усиление перистальтики, локальный метеоризм, каловая рвота.

Острый панкреатит можно отдифференцировать и от разлитого перитонита (воспаления брюшины). В этом случае характерность панкреатита выражается отсутствием лихорадки, разлитой болезненности при прощупывании (пальпации) живота, мышечного напряжения передней брюшной стенки и наличием перистальтических шумов кишечника.

Лишь при тяжелой форме острого панкреатита, которая проявляет себя бурным началом с развитием шокового состояния, диагноз ставится врачом более или менее точно. Но даже при этих клинических данных возможны диагностические ошибки, так как, повторяем, не всегда существует прямая зависимость между тяжестью заболевания и выраженностью определяющих его симптомов. Поэтому-то диагноз острого панкреатита

должен ставиться не только на основании клинической картины болезни, но и с учетом данных лабораторных и инструментальных исследований, позволяющих исключить заболевания, сходные по течению или сочетающиеся с острым панкреатитом.

Из лабораторных тестов, выполнение которых не требует долгого времени и не особенно обременяет больных, находящихся в тяжелом состоянии, следует указать в первую очередь на определение фермента амилазы в крови и моче и установлении глюкозурии (наличие сахара в моче). Установлено, что при остром панкреатите, как правило (у 75—95% больных), отмечается увеличение амилазы в крови и моче.

Однако низкая активность фермента вовсе не исключает диагноз острого панкреатита. Она может быть обусловлена разрушением ткани поджелудочной железы, почечной недостаточностью. Поэтому исследование ферментов проводится серийно в ранней стадии заболевания. Если повышение уровня амилазы в крови сохраняется на протяжении трех—пяти дней с начала болезни, то это свидетельствует о тяжелом ее течении.

При осложненных, деструктивных процессах в поджелудочной железе наряду с нормальным или даже пониженным содержанием ферментов в крови и моче наблюдается уменьшение содержания кальция в крови (гипокальциемия). Дело в том, что в очагах жирового омертвения тканей происходит связывание кальция солями жирных кислот, и тогда на третьи сутки может развиваться гипокальциемия с определенными клиническими проявлениями, вплоть до тетании (приступа болезненных судорог).

Падение уровня кальция происходит с одновременным нарушением баланса и других электролитов: калия, натрия и магния.

При нарушении углеводного обмена, вызванного острым панкреатитом, в крови определяется повышенное содержание сахара. Кроме того, сахар появляется в моче.

В начальном периоде заболевания проводится так называемое обзорное рентгенологическое обследование грудной клетки и брюшной полости без применения

контрастных веществ. Что можно выявить при таком обследовании? Обнаруживается значительное снижение тонуса желудка и кишечника, вздутие тонкой кишки, высокое положение левой половины диафрагмы и ограничение ее подвижности, присутствие жидкости в левой плевральной полости и т. д. Правда, к показаниям обзорного рентгенологического исследования врачи обычно относятся осторожно, ибо все указанные проявления характерны не только для острого панкреатита.

Важные, но все же косвенные признаки обнаруживаются при контрастном рентгенологическом исследовании желудочно-кишечного тракта, когда могут быть выявлены: смещение желудка, расширение двенадцатиперстной кишки, выпрямление медиального контура ее вертикальной части. Но все это, повторяем, из-за невозможности при этом методе наблюдать непосредственно саму поджелудочную железу, остается косвенным доказательством.

В специализированных лечебных учреждениях для исследования самой железы в последнее время стали применять так называемую компьютерную томографию. Этот метод позволяет обнаруживать саму поджелудочную железу, ее увеличение. Характерные признаки изменения железы дают возможность дифференцировать форму острого панкреатита, в частности, отечного, геморрагического, гнойного и некротического.

Другим весьма информативным методом диагностики острого панкреатита стала, как ее называют, ультразвуковая эхолокация. Этот специальный метод исследования все шире внедряется в лечебные учреждения страны и получает признание как у медицинских работников, так и у больных. У последних уже потому, что не причиняет никакого беспокойства при проведении процедуры.

Для изучения состояния сосудов поджелудочной железы с целью исключения опухоли применяют метод ангиографии.

В случаях, когда установление диагноза особенно затруднено, прибегают к гастроскопии и дуоденоскопии. Гастроскопия (от греческих слов «желудок» и «рассматривать») — это способ обследования состояния

слизистой оболочки желудка при помощи гастроскопа. Дуоденоскопия заключается в обследовании состояния слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки с применением дуоденоскопа.

Усовершенствованные гастроскоп и дуоденоскоп (по волоконной оптике) дают возможность заглянуть внутрь желудка и двенадцатиперстной кишки человека и детально изучить строение слизистой оболочки как визуально, так и путем фотографирования. Неоценима роль этих методов и при необходимости проведения гистологического исследования слизистой оболочки, позволяющего определить морфологические, то есть структурные, изменения в ней.

При остром панкреатите гастроскопия и дуоденоскопия дают возможность обнаружить следующие признаки: 1) оттеснение задней стенки тела и привратника желудка, наблюдаемые обычно при увеличении поджелудочной железы, что вызывается воспалительными изменениями в ней; 2) покраснение, отек, слизь и эрозии (изъязвления) в области оттеснения; 3) разворот петли двенадцатиперстной кишки, воспаление ее слизистой.

Важное значение в диагностике острого панкреатита имеет лапароскопия (способ распознания заболеваний органов брюшной полости с помощью специального оптического прибора, вводимого через прокол передней брюшной стенки). Лапароскопия позволяет достоверно диагностировать наиболее тяжелую форму заболевания — панкреонекроз (омертвение ткани поджелудочной железы).

В диагностике болезней поджелудочной железы применяют также радиоизотопное сканирование. По степени насыщения железы радиоизотопными веществами получается представление о ее размерах и контурах, а главное, о структуре.

Благодаря внедрению в практику новых диагностических методов, применяемых и при распознавании острого панкреатита, достигнут значительный прогресс в диагностике заболеваний поджелудочной железы.

Только критическое сопоставление данных клинико-инструментальных исследований, тщательный анализ

их и синтез полученных результатов на всех этапах исследования дает врачу право уверенно говорить о правильности поставленного диагноза. Это, конечно, кропотливая, ответственная и важная работа, и она необходима для избежания грубых и опасных для жизни больного ошибок.

Более уверенно врач ставит диагноз острого панкреатита и тогда, когда с указанными выше симптомами к нему обращается пациент пожилого возраста. Дело в том, что, по данным медицинской статистики, более 25% контингента больных острым панкреатитом составляют люди пожилого и старческого возраста.

Развитию острого панкреатита в пожилом и старческом возрасте немало способствуют функциональные нарушения органов пищеварения, а также значительно чаще встречающиеся заболевания желчевыводных протоков, двенадцатиперстной и толстой кишок, желудка, сердечно-сосудистой системы.

Таковы особенности острого панкреатита у больных пожилого и старческого возраста. Свои отличительные черты имеет и «детская форма» острого панкреатита, его развитие и течение.

Отметим прежде всего, что панкреатит у детей, к счастью, встречается редко. Возникает он обычно при некоторых инфекционных болезнях и аллергических состояниях. Правда, в большинстве случаев причина возникновения в таком случае панкреатита остается неясной. Поэтому внезапно возникающие панкреатиты у детей называют идеопатическими, то есть самопроизвольно возникающими.

Признаки заболевания и общее состояние больного ребенка зависят от формы панкреатита. Легкие формы протекают менее выражено, чем у взрослых, а поэтому часто не распознаются, и заболевание чаще всего диагностируется как «интоксикация неясной этиологии», что означает отравление организма ядовитыми веществами (токсинами) неизвестной природы. Очевидно, что больным с таким диагнозом для полной ясности необходимо проводить специальное обследование.

У детей старшего возраста острый панкреатит возникает так же бурно, как и у взрослых. Появляются резкие

боли в животе, вначале разлитые, а затем локализующиеся в надчревной области, чаще всего они носят опоясывающий характер. Одновременно возникает приступами мучительная рвота и обильное слюноотделение. Температура тела при этом остается нормальной или незначительно повышенной. Чтобы утихомирить боли, ребенок принимает вынужденное положение, как правило, на левом боку. В то же время прощупывание передней стенки живота безболезненно, живот остается мягким. Такое несоответствие между тяжелой клинической картиной и отсутствием объективных данных в пользу острого заболевания органов брюшной полости свойственно отечной форме острого панкреатита.

Еще более отчетливо выражено несоответствие между субъективными признаками острого живота и отсутствием или малой выраженностью объективных данных при гнойном панкреатите. Живот у ребенка во втором случае остается правильной формы, при выстукивании и прощупывании передней брюшной стенки отмечается незначительная болезненность. Напряжение мышц передней брюшной стенки выражено слабо.

При дальнейшем течении болезни развивается парез кишечника, появляется раздражение брюшины, болезненность при прощупывании живота усиливается. Температура тела повышается, нарастает интоксикация организма. В крови, так же как и при отечном панкреатите, значительно повышается количество белых кровяных телец (лейкоцитоз) и увеличивается концентрация амилазы.

Когда врач-терапевт обнаруживает у ребенка (естественно, как и взрослого) развитие гнойного панкреатита или воспаление брюшины (перитонита), он направляет его на оперативное лечение.

При остром панкреатите у детей, распознанном в первые двое суток, применяется комплексное консервативное лечение, обычно приводящее к выздоровлению.

Мы уделили относительно большое место изложению симптоматики, методов исследования и постановке диагноза острого панкреатита потому, что это пока довольно сложная область диагностики. Не меньшие труд-

ности представляет профилактика заболеваний поджелудочной железы.

Несомненно, одним из основных условий успешности профилактических мероприятий является точность знаний о функциональном состоянии органа и причинах нарушений этих состояний. Зная причины возникновения заболевания и его симптомы, пациент более точно рассказывает врачу о своих ощущениях. А это помогает врачу не только в диагностике, но и при выборе лечебных методов болезни.

Переходя к вопросу о лечении острого панкреатита, необходимо сразу же заметить следующее. Острый панкреатит относится к заболеваниям, требующим экстренной госпитализации больного в хирургический стационар.

Фактор времени, и об этом следует всегда помнить, может стать и решающим, ибо чем раньше больной окажется в больнице, тем быстрее он получит необходимое лечение, тем менее опасным станет для него острый панкреатит, и наоборот. Вот почему при появлении первых признаков, свидетельствующих о наличии этого заболевания, необходимо срочно обращаться к врачу и не только не отказываться, а возможно, даже и настаивать на госпитализации.

Неукоснительной заповедью для каждого должно стать следующее: ни в коем случае, ни при каких обстоятельствах не прибегать при вспышках болезни к самолечению. Острому панкреатиту категорически противопоказаны: промывание желудка, искусственно вызванная рвота, горячие грелки. Арсенал домашних средств, применяемых обычно в случаях острых заболеваний органов живота, при остром панкреатите становится опасным.

Развитие острого панкреатита требует прежде всего воздержания от приема любой жидкости и пищи. Именно воздержание — важнейшее условие создания физиологического покоя для больного органа. Вот почему в первые три—пять дней заболевшего острым панкреатитом «держат» на голодной диете.

Лечебные меры, возможные на догоспитальном этапе: применение пузыря с холодной водой или льдом для охлаждения в области верхнего отдела живота и прием

лекарственных препаратов, снимающих спазмы сосудов и кишечника (нитроглицерин, но-шпа, папаверин, платифилин, атропин). Врач после установления диагноза заболевания расширяет круг лечебных мероприятий по показаниям.

Консервативное лечение в хирургическом отделении предусматривает прежде всего борьбу с шоком и ликвидацию болей, создание физиологического покоя больному органу и предупреждение вторичной инфекции. Все это проводится на фоне строгого постельного режима.

Характер лечебных мероприятий в стационаре врач определяет в зависимости от выраженности клинической картины заболевания, тяжести состояния больного, данных лабораторно-инструментальных методов исследования.

При тяжелых формах заболевания в первую очередь принимаются лечебные меры, предусматривающие блокаду ферментообразующей функции поджелудочной железы, ускорение выведения панкреатических ферментов и интенсивную дезинтоксикацию организма с одновременной профилактикой гнойных осложнений.

В борьбе с ферментативной токсемией важную роль играют антиферментные препараты, такие, как трасилол, контрикал, тзалол, гордокс, пантрипин, пентоксил. В последнее время при комплексном лечении острого панкреатита все более широкое применение находят различные цитостатики (5-фторурацил, циклофосфан, фторафур). Их действия направлены на подавление экскреторных функций клеток поджелудочной железы.

Для профилактики гнойных осложнений, особенно в фазе расплавления и секвестрации (отделения) омертвевших очагов в поджелудочной железе, применяются антибиотики широкого спектра действия: канамицин, гентамицин, цепорин, ампиокс. При некротических формах острого панкреатита стимулируют репаративные, то есть восстановительные, процессы в поджелудочной железе и других органах. Для этой цели назначают метилурацил, пентоксил, анаболические гормоны.

Все операции при остром панкреатите разделяют на три группы:

1. Экстренные и срочные, проведенные в первые часы и дни заболевания. Показания к ним: разлитой ферментативный перитонит; острый панкреатит, обусловленный обтурацией (закупоркой) большого сосочка двенадцатиперстной кишки.

2. Отсроченные, выполняемые в фазе расплавления и секвестрации некротических очагов поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки. Проводятся такие операции примерно через 10—14 дней после начала заболевания.

3. Плановые, которые производятся в период полного прекращения острого воспаления в поджелудочной железе. Время проведения — через четыре—шесть недель после первого приступа. Операции такого рода возможны лишь после завершения тщательного обследования больного и носят профилактический характер — предупредить рецидивы острого панкреатита.

В послеоперационном периоде, через небольшой перерыв, больной продолжает курс комплексного консервативного лечения.

Как каждая серьезная и продолжительная болезнь, острый панкреатит вызывает целый ряд опасных для жизни осложнений. Они могут иметь местный характер, когда поражается сама поджелудочная железа и связанные с нею органы, а могут быть и «крупномасштабными» по общему воздействию на организм. Но и те, и другие несут не только страдания, но и прямую угрозу жизнедеятельности человека.

Среди местных осложнений назовем воспаление брюшины, гнойники брюшной полости, сальниковой сумки, омертвения стенки желудка, поперечной ободочной кишки, а также панкреатические свищи (внутренние и наружные), кровотечения из разъеденных протеолитическими ферментами окружающих сосудов и органов, гнойное воспаление забрюшинной клетчатки.

Самым же опасным осложнением панкреатита является общее тяжелое инфекционное заболевание, обусловленное циркуляцией в крови болезнетворных микроорганизмов и их токсинов — сепсис. В числе грозных осложнений общего характера находятся печеночно-

почечная недостаточность, механическая желтуха, психоз, сахарный диабет.

Хотелось бы подчеркнуть, что и психоз, и сахарный диабет как осложнения острого панкреатита чаще встречаются у людей определенной категории, а именно злоупотребляющих алкоголем. Психоз как острое нарушение психики обусловлен в данном случае отравлением организма (и прежде всего нервной системы) токсическими продуктами из омертвевших и воспаленных тканей. Естественно, что ослабленная алкоголем нервная система поражается в таких условиях быстрее.

На основании всего сказанного об осложнениях острого панкреатита можно прийти к следующему выводу. При остром панкреатите в отличие от других острых заболеваний брюшной полости (аппендицит, холецистит) патологические изменения носят более распространенный характер. Кроме того, при остром панкреатите возможно очень быстрое развитие опасных для жизни болезнетворных изменений в поджелудочной железе. Больным в таком случае помогают хирурги.

Выздоровление возможно лишь при легких формах острого панкреатита при непременном условии выполнения выздоровевшим заповеди «беречься от повторения болезни». Здесь следует иметь в виду, что каждый пережитый приступ острого панкреатита оставляет такой след в поджелудочной железе, который при соответствующих условиях может привести и приводит к рецидивам.

Чем больше было приступов острого панкреатита, тем, естественно, значительнее оказываются изменения в железе. Появляются рубцовые искривления и сужения в панкреатических протоках, кисты в толще железы, камни в протоках и тому подобное. Из острого панкреатита начинает формироваться хронический.

Хронический панкреатит

Древнегреческий философ Платон, живший в III веке до новой эры, остроумно заметил: «В своих бедствиях люди склонны винить судьбу, богов и все прочее, но не себя самих». Наблюдение удивительно верное, и вполне применимое в XX веке, особенно, если говорить о такой невероятной человеческой способности, как умение наживать себе различные болезни.

Чем иным, кроме этого «искусного» умения, можно объяснить тот факт, когда разумное живое существо, единожды перенесшее ужасное страдание, мучительную болезнь и оправившись от нее, позволяет чуть ли не тотчас же другому заболеванию увечить свое здоровье? Отвечая на этот вопрос, не находим ли мы хоть частичное объяснение той закономерности, которая присуща возникновению особой формы болезни, именуемой хронической?

Вот хронический панкреатит, например. Как правило, он появляется и утверждается, выступая рецидивом острого панкреатита. Каждый приступ острого панкреатита оставляет в поджелудочной железе незаживающую рану. Чем больше приступов, тем более изменяется облик железы. Изменения эти становятся настолько серьезными (сужения панкреатических протоков, рубцовые их искривления, камни в протоках, кисты в толще железы), что процесс перехода острого панкреатита в хронический делается неостановимым.

Но ведь можно же как-то избежать усиленного нарастания этого процесса, ослабить его прогрессирование, свести его к минимуму, довести до нуля? И врачебная практика свидетельствует, что да, можно, что известны случаи, и их немало, когда хронический панкреатит затормаживается в своем развитии. А обстоятельства, способствующие этому, вовсе не дело случая, судьбы.

Обстоятельства, условия, при которых заболевание приостанавливается, создаются самим больным, а вернее сказать, человеком, не желающим быть больным. Условия эти просты и выполнимы. Основные из них: соблюдение диеты, режима питания, труда и отдыха,

проведение противорецидивного лечения. Все это достигает цели, если выполняется неукоснительно.

Хронический панкреатит встречается чаще, чем острый. Объясняется это тем, что он может возникать как осложнение не только острого панкреатита, но и других болезней. Причинами появления хронического панкреатита бывают различные инфекции и интоксикации, особенно алкогольные, нарушения в обмене веществ, неполноценное питание, травмы, венозный застой крови сердечного и печеночного происхождения и другие патологические процессы.

Формула, определяющая содержание хронического панкреатита, суть следующая: хронический панкреатит — воспалительное заболевание поджелудочной железы, сопровождающееся выраженным нарушением ее функций с периодическими обострениями на фоне неполных ремиссий (затиханий).

Различают два вида заболевания: первичный хронический панкреатит и вторичный, именуемый еще «сопутствующим». При первичном хроническом панкреатите воспалительный процесс с самого начала локализуется в поджелудочной железе. Вторичный — постепенно развивается на фоне заболеваний других органов желудочно-кишечного тракта. Он, например, очень часто сочетается с холециститом, язвенной болезнью, гастритом, дуоденитом, гепатитом и т. д. Изолированное заболевание хроническим панкреатитом встречается редко.

Причины, способствующие возникновению первичного хронического панкреатита, весьма разнообразны. Здесь прежде всего переход затянувшегося острого панкреатита в хроническую форму. Кроме того, причиной могут быть: длительное бессистемное, нерегулярное питание, употребление острой и жирной пищи (также длительное, но регулярное) и, конечно же, хронический алкоголизм, который следует поставить на первое место среди причинных факторов.

Хронический алкоголизм, непременным спутником которого становится неполноценное питание с недостатком белков и витаминов, повинен в возникновении подавляющего числа хронического рецидивирующего

панкреатита. В США, по данным американских ученых, подобная форма панкреатита развивается в 75 случаях из 100 у лиц, страдающих хроническим алкоголизмом.

У больных с хронической язвенной болезнью желудка или двенадцатиперстной кишки хронический панкреатит может возникнуть в результате пенетрации (проникновения) язвы в поджелудочную железу.

Очень часто причиной хронического панкреатита, как и острого воспаления поджелудочной железы, служат болезни печени и желчевыводящих путей, в частности, гепатиты, циррозы печени, холециститы и особенно желчнокаменная болезнь.

Развитие хронического панкреатита возможно и после операций на желчных путях или желудке в связи с изменением анатомо-физиологических условий желчевыделения. По данным некоторых исследователей, поражение поджелудочной железы обнаруживается почти у 30% больных, перенесших операцию с удалением желчного пузыря (холецистэктомию).

Предрасполагающим условием для развития хронического панкреатита является застой секрета в железе, вызванный механическим препятствием. Данная ситуация осложняется при появлении вторичной инфекции выводных протоков. Инфекция может проникнуть восходящим путем при забросе желчи или дуоденального содержимого в железу. Инфекция способна проникнуть в поджелудочную железу также через кровь или лимфу.

В сложнейшей, таким образом, обстановке происходит внутриорганная активация панкреатических ферментов, в первую очередь трипсина и липазы, которые осуществляют аутолиз (расплавление) паренхимы железы. Активация эластазы и некоторых других ферментов ведет к поражению сосудов поджелудочной железы. Действие кининов на мельчайшие сосуды вызывает отек.

В развитии панкреатита немалую роль играют аутоиммунные процессы в организме.

Воспаление в железе может выглядеть двояко: диффузно (затронут весь орган) и локально (воспалена часть железы). Поражаются обычно головка или хвост поджелудочной железы. Головка при воспалении неред-

ко увеличивается в объеме, сдавливает общий желчный проток, вызывая механическую желтуху. Нередки случаи, когда патологический процесс, локализуясь в головке, приобретает гиперпластический характер, приводящий к диффузному увеличению органа с опухолевидной деформацией его.

Бывает, что во время операций хирурги, встречаясь с такой патологией поджелудочной железы, принимают ее за раковое перерождение. Наблюдения, однако, показывают: пациенты, перенесшие подобные операции, остаются жизнеспособными и даже трудоспособными в течение многих лет. Изучение поджелудочной железы у таких больных доказало, что это не раковое поражение, а хронические воспалительные изменения органа.

По морфологическим изменениям в поджелудочной железе хронический панкреатит подразделяют на два вида: хронический рецедивирующий и хронический склерозирующий.

Первый является пролонгированным вариантом острого мелкоочагового панкреонекроза (омертвения тканей в железе), поскольку каждое обострение болезни сопровождается образованием свежих очагов омертвения как в самой железистой ткани поджелудочной железы, так и в окружающей жировой клетчатке.

Хронический склерозирующий панкреатит отличается диффузным уплотнением и уменьшением поджелудочной железы в размерах. Ткань железы приобретает каменистую плотность и при осмотре невооруженным глазом (макроскопически) напоминает опухоль. Микроскопические наблюдения определяют диффузный или сигментарный склероз с прогрессирующим разрастанием соединительной ткани вокруг протоков, долек и внутри ацинусов.

Клиническая симптоматика хронического панкреатита отличается многоликостью. Субъективные признаки мало или вовсе не характерны, напоминают больше другие хронические желудочно-кишечные заболевания. Это прежде всего относится к болевым ощущениям в верхней половине живота и к диспептическим явлениям. Иногда хронический панкреатит может протекать длительное время почти без симптомов. Правда,

основной признак — болевые ощущения — присутствует всегда. Но по характеру своему, по длительности, по другим каким-либо характеристикам не привлекают внимания к себе. Недаром, наверное, возникла такая поговорка: «Брюхо болит, а глаза есть велят».

Боли, как известно, появляются при многих, если не при всех заболеваниях брюшной полости. Можно сказать, что боль — это первый крик начинающейся болезни, сигнал о том, что произошло нечто, пока еще непонятное, но явно нарушившее нормальное функционирование какого-то органа. Вот почему следует сразу же обратить на боль внимание, «прислушаться» к ней повнимательнее, постараться определить ее характер. Специфика болевых ощущений может о многом поведать чуткому уху.

Совершенно определенную специфичность имеют, например, боли при хроническом панкреатите, разумеется, в сочетании с другими симптомами. При локализации процесса в головке железы больные жалуются обычно на повторяющиеся приступы боли в надчревной области с правой стороны. Когда в процесс вовлекается и тело железы, боль фиксируется уже во всей надчревной области. А при поражении хвоста железы боль появляется вдруг в левом подреберье.

Вообще для так называемых панкреатических болей характерно распространение их справа налево. Наиболее отчетливое ощущение при этом — будто постепенно надевают тугой пояс, почему боли эти и названы «опоясывающими». Распространение их может доходить вдоль левого реберного края до позвоночника.

Часто боль отдает в спину, усиливается, когда больной лежит на спине, но может ослабевать, если больной сядет и немного наклонится вперед. Иногда боль распространяется в область сердца, симулируя стенокардию, может иррадиировать (отдавать) в левое плечо и левую лопатку, а то и в левую подвздошную кость, вниз вдоль нисходящей кишки и мочеточника. Нередко клинические проявления болей напоминают приступы ишеорадикулита.

Интенсивность и характер болей при всем том различны: они бывают давящими, ноющими, распирающи-

ми, постоянными, приступообразными, могут появляться сразу же после еды, особенно после приема жирной или острой пищи.

Обострение болей при хроническом панкреатите может вызываться различными причинами. Наиболее частыми из них являются нарушение диеты, обострение сопутствующих заболеваний желчных путей, привходящая инфекция и т. д.

Существенное значение в клинической картине имеют диспептические явления, свидетельствующие о расстройстве пищеварения. Они не специфичны, но при сочетании с другими признаками позволяют врачу правильно поставить диагноз.

Диспептические признаки встречаются часто, особенно при обострении или тяжелом течении болезни. Многие больные жалуются на отвращение к жирной пище, на потерю аппетита, срыгивание, чаще горечью, изжогу. Прием жирной пищи у них вызывает боли, тошноту и рвоту, иногда отмечается повышенное слюноотделение.

Характерно, что после частичного непродолжительного голодания эти ощущения нередко исчезают или значительно уменьшаются. Обычно это связывают с изменением желудочной секреции и понижением содержания соляной кислоты. Так как соляная кислота является возбудителем секреции панкреатического сока, то, естественно, ее количественное уменьшение приведет к нарушению пищеварения, связанного с недостаточной панкреатической активностью.

Часто болезнь проявляется недостаточным перевариванием жиров. Могут также нарушаться и процессы переваривания белков и углеводов. Последнее выражается во вздутии живота, развитии бродильных или гнилостных процессов в кишечнике.

Больные худеют, иногда значительно и за сравнительно короткий промежуток времени. Нам, например, пришлось наблюдать больную, которая в течение четырех лет похудела почти на 40 килограммов. До заболевания ее вес был 102 килограмма, а через четыре года — 63 килограмма.

Все указанные явления развиваются постепенно.

В легких случаях заболевания стул обычно нормальный. Поносы, как правило, появляются при далеко зашедшем процессе внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы, существенно отражающейся на пищеварении. Однако поносы не являются обязательным признаком хронического панкреатита. Нередки и запоры или же чередование поносов с запорами. При плохом переваривании пищи объем кала увеличивается. Кал становится кашицеобразным, сероватым, зловонным, «жирным» (стеаторея), липким, с большим количеством непереваренных мышечных волокон (креаторея). Особенно это выражено при нормальной частоте стула.

Расстройство углеводного обмена при хроническом панкреатите наступает в большинстве случаев в поздних стадиях заболевания. Оно проявляется в виде спонтанного повышения уровня сахара в крови с появлением сахара в моче. При развитии сахарного диабета больные ощущают жажду, сухость во рту. Следует указать на так называемую псевдодиабетическую триаду, характерную для хронического панкреатита: сильный голод, жажда и исхудание при нормальном сахаре в крови.

При тяжелых формах хронического панкреатита возможны психические нарушения: депрессия, ипохондрия и другие. Больные почти все время испытывают подавленное состояние, находятся в тоскливом настроении. Психические аномалии часты у людей, злоупотребляющих алкоголем, который сам по себе губительно действует на центральную нервную систему и значительно отягощает течение хронического панкреатита.

Хронический панкреатит может носить затяжной характер, когда заболевание тянется годами с тенденцией к прогрессированию.

По клиническому течению принята следующая классификация хронического панкреатита:

1. Хронический рецидивирующий панкреатит. Он протекает с клинической картиной рецидивов острого панкреатита. В период обострения возникают приступы болей в левом подреберье или опоясывающие с отдачей в спину. Боли чаще всего возникают при погрешностях в диете с употреблением алкогольных напитков. Болез-

ненные ощущения сопровождаются вздутием живота, тошнотой и рвотой. В крови увеличивается количество белых кровяных шариков (лейкоцитоз), изменяется лейкоцитарная формула, может повышаться активность амилазы в крови и в моче.

По данным ученых, в 60% от общего числа случаев врачи имеют дело с хроническим рецидивирующим панкреатитом, приступы которого повторяются через различные промежутки времени. Характерно, что в период ремиссии признаки панкреатита стихают.

2. Так называемая болевая форма хронического панкреатита. Для нее характерны постоянные боли в определенных местах. Обычно они возникают в верхней половине живота, чаще слева от пупка с распространением в левую половину поясницы, грудной клетки, в область сердца. Боли эти также опоясывающего характера.

При погрешностях в питании боли, как правило, усиливаются, как будто отзываются на нарушение рациона питания. В это время отмечается понижение аппетита, тяжесть и вздутие в верхней половине живота. Больные начинают худеть, часто развивается сахарный диабет. Болевая форма встречается примерно у каждого пятого из числа страдающих хроническим панкреатитом.

3. Псевдоопухолевый хронический панкреатит. О нем уже было сказано. Здесь добавим, что в случае, если заболевание не осложнено, боль всегда типична. Она локализуется глубоко в подложечной области слева и отдает в спину, в верхнюю часть поясницы. Во время приступа она бывает жесткой и может длиться продолжительное время, вне зависимости от приема пищи. Обострение болезни сопровождается тошнотой, рвотой, понижением аппетита, вздутием живота, похуданием.

Следует подчеркнуть, что при этой форме характерным клиническим признаком оказывается появление у больного желтухи. Это объясняется локализацией патологических изменений в зоне головки поджелудочной железы. Клинические наблюдения при данной форме хронического панкреатита дают высокий (более 60) процент развития желтухи. Нередко на ее фоне развивается воспаление желчных путей (холангит).

Из поздних симптомов, указывающих на обширность поражения железы, отметим наличие большого количества нейтрального жира и мышечных волокон в кале, что свидетельствует о нарушении панкреатического переваривания.

4. Латентная форма хронического панкреатита, называемая еще безболевой, — наиболее коварное проявление заболевания. Длительное время она может протекать без клинических проявлений, причем даже тогда, когда патологические процессы в поджелудочной железе идут полным ходом. Отчетливые симптомы появляются при значительном нарушении либо внешней, либо внутренней секреции.

Поражение внешней секреции приводит к расстройству пищеварения: нарушается расщепление животных жиров, которые «транзитом» выводятся с калом в виде нейтрального жира; латентная форма характеризуется и нарушением расщепления углеводов и белков. Последний процесс способствует развитию бродильных и гнилостных явлений в кишечнике, что проявляется обильным образованием газов (метеоризма) и поносами. Организм при этом терпит недостачу витаминов, в результате чего появляются новые аномалии. Кожа теряет эластичность, становится слишком сухой, воспаляется слизистая рта, а также тонкой и толстой кишки.

При нарушении внутрисекреторной функции поджелудочной железы понижается (и довольно значительно) секреция инсулина, которая сразу же дает о себе знать повышением уровня сахара в крови, а также другими нарушениями углеводного обмена. Развивается так называемый «вторичный сахарный диабет».

Приведенную классификацию форм хронического панкреатита не следует абсолютизировать хотя бы потому, что в начальной стадии заболевания ни одна из названных форм не дает оснований для прогностических заключений. Кроме того, эти формы отражают не столько различные вариации патологического процесса, сколько фазы заболевания с возможным переходом одной клинической картины в другую.

Диагностика хронического панкреатита, как, впрочем, и всякого заболевания, основывается на трех «опорах».

Первая — тщательно собранный анамнез (медицинская биография больного и сведения об условиях жизни, предшествовавших заболеванию). Вторая — выявление особенностей клинической картины болезни. Третья — анализ лабораторных и инструментальных исследований.

Из лабораторных исследований в первую очередь учитываются показатели крови. Развитие малокровия, лейкоцитоз, ускоренное СОЭ (скорость оседания эритроцитов крови) уже свидетельствуют о тяжелых формах заболевания. Дополняют картину исследования активности ферментов: амилазы в сыворотке крови и моче, а также трипсина и липазы в панкреатическом соке. Сок в этих случаях извлекают при помощи дуоденального зондирования.

Определение активности ферментов представляет собой особую диагностическую ценность, ибо позволяет дать оценку функционального состояния поджелудочной железы. Замечено, что содержание фермента в крови и моче повышается в определенных, настораживающих случаях. Это может быть и период обострения панкреатита, и патологический процесс, в результате которого нарушается беспрепятственный отток панкреатического сока. К таким процессам, в частности, относятся: воспалительный отек головки железы и сдавления протоков, рубцовое сужение большого сосочка двенадцатиперстной кишки.

Немаловажное значение имеет исследование кала. Повышенное содержание в кале непереваренной пищи свидетельствует о значительном снижении внешнесекреторной функции поджелудочной железы. Некоторые исследователи считают, например, что стойкое повышение содержания нейтрального жира и мышечных волокон при хроническом панкреатите появляется тогда, когда внешняя секреция поджелудочной железы снижается не менее чем на 90%. Это — огромная и, увы, невосполнимая потеря.

Наиболее ценную диагностическую информацию дают рентгенологический метод исследования, ультразвуковая эхолокация, радиоизотопное сканирование, компьютерная томография, ангиография. Об эффективности этих методов уже говорилось при описании диагностики острого панкреатита. Здесь же еще раз подчеркнем, что

внедрение новых методов диагностики в клиническую практику позволило поднять на качественно значимый уровень результативность распознавания заболеваний. Стало возможным выявление болезней на самых ранних стадиях развития.

По тяжести клинического течения выделяют три формы хронического панкреатита. Такое выделение трех форм болезни особенно важно для врачебно-трудовой экспертизы при освидетельствовании больных хроническим панкреатитом.

Легкая форма хронического панкреатита сопровождается редкими (один-два раза в год) обострениями. Вызывают их обычно несоблюдение диеты, другие погрешности в питании. Чаще причиной возникновения обострений становятся инфекционные заболевания, такие, как грипп, ангина и т. п. Что особенно характерно при обострении? Во-первых, усиливаются боли, становясь довольно продолжительными — они затягиваются на три-четыре часа. Во-вторых, отмечаются диспептические явления. В-третьих, в моче и крови повышается активность ферментов поджелудочной железы.

Своевременно начатое консервативное лечение при легкой форме панкреатита дает хорошие результаты уже через две-три недели. В таком случае боли полностью исчезают или становятся незначительными, нормализуются лабораторные показатели, восстанавливается работоспособность и трудоспособность. Все это, однако, не гарантирует наступления нового приступа, если больной не поставит себе задачу — постоянно оберегать свой организм, всячески исключая воздействие на него отрицательных факторов. В период затихания заболевания очень важно соблюдать рекомендованную диету.

В это же время противопоказаны: резкие движения, сотрясения тела, работа, требующая большого физического напряжения, а также та, при которой приходится длительное время находиться в согнутом положении. Если говорить о профессии, то, очевидно все указанные неблагоприятные факторы больше других сопутствуют водителям грузовых автомобилей, совершающих дальние рейсы. Перечисленные факторы могут быть устранены путем рационального трудоустройства больных по рекомен-

дации врачебных контрольных комиссий (ВКК) лечебных учреждений.

При средней форме хронического панкреатита обострения заболевания проявляются чаще, чем при легкой (до четырех-пяти раз в год). Длительность приступов также значительно продолжительнее — до 24 часов. Кроме болей, в период обострения больных беспокоят рвота, метеоризм, понос. Повышается температура тела, иногда возникает желтуха.

Изменение со стороны периферической крови (лейкоцитоз, ускорение СОЭ), а также нарушения внешнесекреторной функции поджелудочной железы выражены значительно ярче, чем при легкой форме.

Средняя форма хронического панкреатита значительно опаснее, чем легкая. Каждое очередное обострение неуклонно приближает тот момент, когда даже своевременное, планомерное лечение в больничных условиях не может устранить все признаки осложнения заболевания. Иногда кажется, что лечение проведено успешно, все говорит за то, что наступила фаза затихания обострения. Однако оказывается, что кроме одного, самого главного — сохраняются все выраженные функциональные нарушения внешнесекреторной функции поджелудочной железы. Остается патологическое состояние, при котором значительно ограничивается трудоспособность человека.

Больным этой формой хронического панкреатита категорически противопоказана работа даже с умеренными физическими нагрузками. Как правило, средняя форма хронического панкреатита приводит к инвалидности (третья группа). Инвалидность устанавливает врачебно-трудовая экспертиза.

Тяжелая форма хронического панкреатита проявляется часто наступающими обострениями и быстро прогрессирующим течением заболевания. Обострения бывают не менее шести раз в год, причем приступы болей длительны (по нескольку дней) и снимаются только в больничных условиях. Функциональные нарушения в поджелудочной железе резко выражены. Характерное явление — упорные поносы, вызывающие нарастающее истощение. «Передышки» — периоды затихания обострения

при этой форме — кратковременны, очень часто развивается «вторичный сахарный диабет».

При таких симптомах рекомендуется расширенное рентгенологическое исследование, когда, помимо брюшной полости, обследуется и грудная клетка. Тяжелая форма хронического панкреатита дает изменения в органах дыхания, вызывает воспаление плевры. В легких, в частности, наблюдается явление, называемое «спадением легких» — дисковидные участки, где в легочных альвеолах отсутствует воздух (так называемые ателектазы).

Больные тяжелой формой хронического панкреатита нетрудоспособны. Врачебно-трудовая экспертиза устанавливает им, как правило, вторую группу инвалидности. При оценке нетрудоспособности больного врачи учитывают не только клиническое течение панкреатита, но и состояние других органов желудочно-кишечного тракта (нет ли гастрита, дуоденита, язвенной болезни, холангита, гепатита, энтероколита, а если есть, то характер и степень выраженности такого сопутствующего заболевания). Это очень важно не только для лечения, но и для обоснованного экспертного заключения и вынесения оптимальных трудовых рекомендаций.

Здесь, очевидно, нельзя не обратить внимания читателя на данные клиницистов, согласно которым хронический панкреатит, как и острый, имеет свои «возрастные» особенности. Самая очевидная из них — различные формы хронического панкреатита значительно чаще встречаются в пожилом и старческом возрасте.

Вторая немаловажная особенность — у больных пожилого и старческого возраста хронический панкреатит протекает, как правило, на фоне сопутствующих заболеваний других органов желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, холецистит, энтероколит, гепатит и т. п.).

Третья особенность — с возрастом в механизме развития панкреатита все бóльшую роль начинают играть прогрессирующее атеросклеротическое поражение сосудов и склеротические изменения в самой железе. Это не может не привести к снижению компенсаторных и функциональных возможностей поджелудочной железы вследствие общего старения всего организма.

В-четвертых, у больных пожилого и старческого возраста клиническая картина хронического панкреатита часто выявляется уже в самом начале заболевания, хотя болевые приступы у них обычно менее интенсивны, возникают после физической нагрузки или при несоблюдении диеты. Гораздо чаще у пожилых отмечаются диспептические явления (понижение аппетита, тошнота, вздутие живота и др.), больные быстрее худеют. Клинические проявления панкреатита нередко затушевываются сопутствующими заболеваниями, что весьма затрудняет диагностику этого заболевания.

Поставить правильный диагноз, распознать сразу хронический панкреатит, как смог убедиться читатель, представляется весьма непростой задачей. У врача нет готовых рецептов для разрешения сложных диагностических ситуаций, возникающих уже при первом общении с больным. Задача осложняется, помимо прочего, еще и тем, что прежде всего хронический панкреатит требует дифференциации от таких болезней, как холецистит, язвенная болезнь желудка, рак поджелудочной железы, хронический энтерксолит, хроническая дизентерия и от других заболеваний органов брюшной полости.

Можно привести такую цифру: более 80 диагностических панкреатических тестов применяется в настоящее время на практике. Но ни один из них, взятый изолированно от других, не является достаточно достоверным. Лишь сочетание нескольких тестов плюс глубокое знание признаков заболевания позволяет правильно заподозрить и диагностировать хронический панкреатит. Важным методом дифференциальной диагностики в таких случаях становится испытанный во врачебной практике метод исключения и подтверждения.

При постановке дифференциального диагноза учитываются следующие наиболее характерные для хронического панкреатита признаки:

1. Боли в верхнем отделе живота с распространением влево и выше пупка.

2. Болезненность при давлении в области проекции поджелудочной железы на брюшную стенку.

3. Высокий уровень амилазы в свежевыпущенной моче.

4. Наличие сахара в моче.

Расстройства в переваривании белков и жиров, сопровождающиеся так называемыми панкреатогенными поносами и исхуданием.

6. Дополнением к этой картине служат данные, полученные лабораторными методами исследования. Рентгенологическое обследование брюшной полости и другие специальные методы (ультразвуковая эхолокация, компьютерная томография, ангиография, радиоизотопное сканирование) фиксируют характерные признаки панкреатита при исследованиях железистой ткани поджелудочной железы и ее внешнесекреторной и внутрисекреторной функций.

Лечение хронического панкреатита предусматривает сразу целый комплекс мероприятий активного характера, направленных на: а) устранение причины, вызывающей заболевание; б) создание наиболее благоприятных условий для функционирования поджелудочной железы; в) подавление воспалительного процесса; г) борьбу с болевым синдромом; д) принятие мер к восстановлению или компенсации нарушений внешнесекреторной и внутрисекреторной недостаточности поджелудочной железы.

Как правило, все упомянутое проводится в пределах консервативного лечения, но и нельзя исключить в определенных случаях и хирургическое вмешательство. Лечение должно быть индивидуализировано, то есть проводиться с учетом: характера и фазы основного заболевания, осложнений, сопутствующих заболеваний, индивидуальных особенностей больного (конституционных и возрастных). В период выраженного обострения показано лечение в больничных условиях.

Одним из важнейших компонентов комплексного лечения является лечебное питание. Главное условие, предъявляемое к лечебному питанию, — оно должно быть пяти-шестиразовым, небольшими порциями, щадящим. Лечащий врач предписывает больному наиболее легко усваивающиеся продукты, мало возбуждающие панкреатическую секрецию и в то же время богатые витаминами. Из меню исключаются маринады, жирная, жареная и острая пища, крепкие бульоны. Об алкогольных напитках не может быть и речи.

Рекомендуются: из углеводных продуктов — мед, са-

хар, сладкие фрукты, картофель, крупяные и мучные изделия. Белки — в виде творога, нежирных сортов мяса или рыбы. Жиры — молоко, сливки, в небольшом количестве сливочное масло. Особенно важно, чтобы больной получал как можно больше полноценных белков и витаминов.

Замечено, что пищевые режимы с увеличением содержания белков до 130—150 граммов (из них 60—70 граммов животного происхождения) дают положительные результаты. В таком случае отмечается определенный клинический эффект и желательные сдвиги в ферментных системах крови и дуоденального содержимого.

Общепринятой для больных хроническим панкреатитом стала суточная диета, содержащая, кроме 130—150 граммов белков, 60—80 граммов жира (сочетание животного и растительного жира), 400—500 граммов углеводов.

При выраженной стеаторее (повышенное содержание нейтрального жира в кале) количество жиров в диете уменьшают до 50 граммов, а в случае развития сахарного диабета резко ограничивают прием углеводов. Существенно, чтобы пища принималась теплой и была всегда свежей.

С целью нормализации повышенной внешнесекреторной деятельности поджелудочной железы в периоде обострения наряду с диетой врачи назначают больным атропин, платифилин и другие лекарства, а при сильных болях — промедол, папаверин, но-шпу, нитроглицерин. В последнее время для снятия болей применяют рефлексотерапию. Применение морфина и других препаратов опия противопоказано, так как они вызывают спазм сфинктера Одди, усиливая тошноту и рвоту.

При внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы с целью заместительной терапии врачи назначают ферментные препараты: панкреатин, абомин, полизим, панзинорм, фестал, холензим, мексазу. Одновременно больным предписывают прием витаминов, таких, как аскорбиновая и никотиновая кислоты, рибофлавин (B_2); пиридоксин (B_6), цеанокобаламин (B_{12}), ретинол (А), пангамат кальция (B_{15}).

Для снятия воспалительных процессов хорошие ре-

зультаты дает применение (примерно в течение месяца) производных пиримидина (метилурацил, пентоксил), а также антибиотиков и сульфамиламидных препаратов.

В период обострения заболевания показаны антиферментные препараты, такие, как контрикал, трасилол, цалол, гордокс.

При похудании и белковой недостаточности целесообразно назначение белковых препаратов (гидролизат казеина, аминокровин) и анаболических гормонов (ретаболил, неробол и т. п.), которые способствуют синтезу белка в организме.

Нарушение углеводного обмена, в том числе появление признаков сахарного диабета, требует назначения соответствующей диеты и антидиабетического лечения. Заметим, что в отличие от обычного сахарного диабета для хронического панкреатита характерны нестойкость повышения уровня сахара в крови и моче. Поэтому потребность в инсулине у больных хроническим панкреатитом на протяжении короткого времени изменяется.

После снятия обострения хронического панкреатита рацион питания больному расширяют.

Хирургическое лечение при хроническом панкреатите применяется в случаях, когда консервативное лечение оказалось неэффективным, например: при невозможности добиться прекращения жестоких болей при внезапном появлении признаков таких осложнений, как кисты, длительно незаживающие свищи поджелудочной железы, камни протоков железы, обширное обызвествление.

Важнейшей целью оперативного вмешательства является создание условий, исключающих развитие внутрипротокового повышения давления в поджелудочной железе. Это — задача весьма сложная, но выполнимая. Операции такого рода могут сводиться к частичной резекции поджелудочной железы, удалению камней, рассечению сфинктера, при наличии желчнокаменной болезни — удалению желчного пузыря, что предотвращает возникновение панкреатита.

Для закрепления полученных результатов лечения в наступившем периоде стойкой ремиссии (отсутствии обострения) больным хроническим панкреатитом реко-

мендуется курортное лечение в санаториях и на курортах гастроэнтерологического профиля (Ессентуки, Железноводск, Пятигорск). Следует заметить, что при курортном лечении таких больных необходима осторожность в применении бальнеологических факторов. Практика показывает, что нерациональное, а иногда просто бесконтрольное использование бальнеологических факторов приводит к обострению заболевания. Гастроэнтерологам известно немало фактов, когда больные, увлекавшиеся потреблением целебной минеральной воды, приносили сами себе не пользу, а вред.

Данные ученых-гастроэнтерологов, как и наши личные наблюдения, показывают, что при лечении хронического панкреатита весьма важное значение приобретает терапия сопутствующих заболеваний, которые нередко провоцируют обострение хронического панкреатита и отягощают его течение. Мы не раз убеждались в том, что, если у больного не сняты обострения сопутствующих заболеваний, достичь стойкого затихания обострения хронического панкреатита не удается. Особенно четко это проявляется в тех случаях, когда сопутствующее заболевание причинно связано с панкреатитом.

Требует неотложного внимания

(Профилактика острого и хронического панкреатита)

Существует такой афоризм: «Здоровье — это та вершина, на которую каждый должен подняться сам». Ибо у каждого человека есть свои, только ему присущие физические и психические свойства, которые он должен постоянно совершенствовать и укреплять.

Можно также утверждать, что правильный образ жизни человека — не что иное, как вернейшая и лучшая профилактика, если не от всех, то от многих болезней, в том числе, конечно, и от панкреатита.

В настоящее время выделяют профилактику первичную и вторичную. Первичная профилактика призвана сохранять здоровье здоровых людей, не допускать воз-

действия факторов природной и социальной среды, способных вызвать болезненные изменения.

В ее арсенале система социальных, медицинских, гигиенических и воспитательных мер, направленных на решение двух важнейших проблем. Во-первых, на предотвращение заболеваний путем устранения причин и условий их возникновения и развития. Во-вторых, на повышение устойчивости самого организма к воздействию неблагоприятных факторов окружающей природной, производственной и бытовой среды.

Целью вторичной профилактики является предупреждение обострений (рецидивов), прогрессирования болезненного процесса и возможных его осложнений.

Несомненно, чтобы профилактика острых и хронических панкреатитов стала эффективной и рациональной, она должна сочетать в себе элементы первичной и вторичной профилактики.

Чтобы предупредить заболевание панкреатитом, надо прежде всего знать основные причины, вызывающие развитие этого заболевания. Читатель уже в какой-то мере познакомился с ними из предыдущих разделов.

Напомним, что наиболее часто к острому панкреатиту ведет желчнокаменная болезнь. Как говорит само название, болезнь эта возникает в результате образования желчных камней в желчевыводящих протоках, или, что чаще, в самом желчном пузыре. Природа этих камней такова, что они не поддаются распаду и рассасыванию, наоборот, количество их и размеры со временем увеличиваются. Запущенная желчнокаменная болезнь приносит много страданий больным, а медицина, к сожалению, пока еще не располагает надежными консервативными способами лечения этого заболевания.

Здесь хотелось бы обратить внимание читателя на одно обстоятельство, весьма характерное для нашего времени, когда во многих областях человеческой деятельности действительно «сказки стали былью». Что и говорить, медицина в век научно-технической революции творит чудеса, ее успехи избавили и избавляют человечество от многих недугов. Именно поэтому, возможно и могло родиться заблуждение о безграничных возможностях современной медицины.

Заблуждение это, конечно же, кроме вреда, ничего не приносит. Бытует, например, мнение, что ту же желчнокаменную болезнь можно вылечить при помощи лекарственных препаратов или лекарственных трав. Да, действительно, одно время пробовали лечить и лекарствами, и настойками, и многими подобными способами. Но безрезультатно. Некоторыми зарубежными фармацевтическими фирмами, например, было предложено запустить в производство целый ряд препаратов, якобы изгоняющих желчные камни из желчевыводящих путей. Однако при тщательной клинической проверке предложенные лекарства оказались совершенно неэффективными. Поиск эффективных препаратов продолжается. Будем надеяться, что они будут найдены, но это дело будущего.

Что касается лечения желчнокаменной болезни гомеопатическими средствами, то, думается, весьма поучительна в этом отношении следующая история болезни, взятая из практики нашего лечебного учреждения.

Больной М., 55 лет, находился в стационаре по поводу хронического гастрита. При рентгенологическом обследовании у него выявили сопутствующее заболевание — желчнокаменную болезнь (так называемый калькулезный холецистит), о чем больной ранее не знал. Учитывая наличие двух отягощающих друг друга заболеваний, в период ремиссии хронического гастрита больному было предложено оперативное лечение — удаление желчного пузыря с камнями.

Но, несмотря на настойчивые убеждения и прямые предупреждения о возможных опасных для жизни последствиях при воздержании от операции (развитие панкреатита, гепатита, образование пролежней в желчном пузыре, его разрыв и т. д.), пациент от хирургического вмешательства отказался.

После выписки М., как потом выяснилось, обратился к врачу-гомеопату и принял у него курс лечения, в результате которого больному показалось, что были получены положительные результаты. Однако повторное рентгенологическое обследование выявило ту же картину желчнокаменной болезни, что и до лечения

гомеопатическими средствами. А спустя несколько дней М. был доставлен «скорой помощью» в хирургическое отделение стационара с явными признаками острого калькулезного холецистита.

В стационаре при помощи консервативных методов больному сняли обострение заболевания и повторно предложили хирургическое лечение, от которого он вновь отказался. Болезнь развилась дальше, приступы желчнокаменной колики стали более частыми, особенно при нарушении диеты.

И вот примерно через год, кроме болей в правом подреберье, которые отдавали в правую лопатку, у М. появились боли в верхней половине живота опоясывающего характера, отдававшие в спину. При диспансерном обследовании врач поставил ему диагноз хронического панкреатита, развившегося на фоне желчнокаменной болезни. Через короткое время, когда М. вновь оказался в хирургическом отделении уже с картиной острого холецистопанкреатита, оперативное вмешательство стало для него вопросом жизни или смерти.

Для М. в конце концов все обошлось благополучно. Операцию ему сделали успешно, и выписался он почти в удовлетворительном состоянии. Слово «почти» нами употреблено здесь потому, что, избавившись от одной болезни (калькулезного холецистита), М. «приобрел» другую, не менее тяжелую, — хронический панкреатит. Последний развился только из-за того, что больной не захотел своевременно при помощи хирурга избавиться от желчно-каменной болезни.

Могло быть и хуже. Отказ от операции в интервале между обострениями желчнокаменной болезни чаще всего приводит к очередному рецидиву, который может стать причиной развития тяжелых форм острого панкреатита с печальным исходом. Кстати, заметим, что в стадии обострения острого холецистита или обтурационной (механической) желтухи от закупорки камнем общего желчного протока нередко бывает показана операция в первые три дня с момента начала рецидива.

История с М. наглядно свидетельствует о том, что на данном этапе развития медицины самым надежным методом избавления от желчных камней является

своевременное хирургическое вмешательство — полное удаление желчного пузыря с камнями.

Только так можно предупредить развитие таких грозных осложнений, как острый панкреатит, гнойное воспаление протоков, гнойники печени, гнойник вокруг желчного пузыря под печенью и другие. И нередко своевременно сделанная операция становится спасением самой жизни больного.

В профилактике острого панкреатита существенное значение имеет своевременное лечение и таких заболеваний органов пищеварения, как гастриты, дуодениты, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический аппендицит, хронический колит. При излечении от всех этих болезней больной намного реже рискует заболеть панкреатитом.

Хотелось бы еще раз подчеркнуть, что особенно важно добиться своевременного лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Дело в том, что наличие язвы нередко приводит к ее глубокому проникновению из стенки желудка в ткани поджелудочной железы и разрушению сосудов. Возникновение панкреатита в данном случае происходит как бы автоматически, причем в тяжелой форме — иногда с обильными кровотечениями. Только экстренное оперативное лечение оказывается в данных ситуациях эффективным.

Причиной причин, вызывающих панкреатит, можно назвать злоупотребление спиртными напитками в сочетании с перееданием. Поэтому решительная борьба с алкоголизмом — важнейшая мера профилактики панкреатита. Следует подчеркнуть, что злоупотребление алкогольными напитками на фоне переедания грозит развитием острого панкреатита в наиболее тяжелой форме прежде всего тем, кто уже перенес один или несколько приступов этой мучительной болезни. Можно привести немало историй болезни такого рода, когда острый панкреатит давал вспышку буквально через два-три часа после обильной трапезы с принятием алкогольных напитков. Остановимся на одной такой истории.

Больная Н., 56 лет, поступила в хирургическое отделение в экстренном порядке с жалобами на нестерпи-

мые боли в верхнем отделе живота опоясывающего характера, с мучительной рвотой, не приносившей облегчения. Общее состояние тяжелое. Больная стонет, много и бессвязно говорит, кричит, кого-то зовет, ей видятся страшные, как всепоглощающий пожар, вспыхивающие картины, от которых она вскакивает, пытаясь бежать и тут же в бессилии падает на кровать.

Приступ болезни начался часа через два после того, как разошлись гости, собравшиеся отметить день рождения Н. Именинница не отказывала себе ни в выпивке, ни в закуске. О том, что они — причина приступа, подумала только тогда, когда начались сильные боли в верхней половине живота опоясывающего характера, сопровождавшиеся обильной, многократной рвотой. Потом наступила сильная слабость, сухость во рту, вздутие живота. Сознание не теряла.

Н. применяла домашние средства: грелку, валокордин, соду. Облегчения они не принесли. Напротив, грелка вызывала усиление болей. Через час после появления болей вызвала «скорую помощь», которая с диагнозом «острый холецистопанкреатит» доставила больную в хирургическое отделение стационара.

Врач стационара обнаружил у больной следующее. Температура 38,4. Пульс учащен. Артериальное давление низкое. Живот увеличен в объеме, шарообразно вздут, мягкий, при пальпации особенно болезнен в подложечной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Лабораторное исследование показало: в крови лейкоцитоз с изменениями в лейкоцитарной формуле воспалительного характера, повышенное количество амилазы в крови и моче. На обзорной рентгенограмме брюшной полости имелись косвенные признаки панкреатита.

Исходя из всех указанных данных, врачи стационара пришли к заключению, что у больной отечно-геморрагическая форма тяжелого острого панкреатита с элементами интоксикационного психоза. Не исключался, впрочем, и хронический холецистит с наличием камней в желчном пузыре. Показаний к срочному оперативному вмешательству не было.

В дальнейшем диагноз острого панкреатита подтвер-

дился данными компьютерной томографии, которая показала, что поджелудочная железа у Н. увеличена, контуры ее нечеткие. Вокруг железы была обнаружена жидкость. При ультразвуковой эхолокации желчного пузыря выявлено его воспаление (холецистит) с наличием в нем большого количества желчных камней.

Больной Н. проводилось длительное лечение. В первые три дня ей предписывался голод, затем диета, холод на эпигастральную область, обезболивающие, сердечные, успокаивающие, антигистаминные. Больная принимала подавляющие ферментативную активность поджелудочной железы лекарственные препараты, антибиотики, поливитамины. Ей назначались также 5%-ный раствор глюкозы, раствор Рингера, реополиглюкин, физиологический раствор.

Больной на протяжении семи суток ежедневно внутривенно вводили четыре-пять литров жидкости. Форсирование диуреза достигалось путем введения после вливания каждых двух литров жидкости мочегонных препаратов (лазикс, моннитол). При этом добивались, чтобы мочи выделялось за сутки не менее трех литров.

В результате проведенного лечения состояние больной постепенно улучшилось, боли в животе стихли. Клинические и биохимические показатели крови нормализовались. Через месяц Н. в удовлетворительном состоянии выписали домой под активное диспансерное наблюдение хирурга и терапевта поликлиники. Ей было рекомендовано полностью исключить прием спиртного и жирной пищи, строго соблюдать диету.

Надо сказать, что все советы врачей Н. выполняла неукоснительно. По прошествии двух месяцев у нее удалили желчный пузырь с камнями. Послеоперационный период прошел без осложнений. Н. соблюдает диету, несмотря на пенсионный возраст, успешно трудится.

Историю болезни Н. можно, очевидно, назвать показательной не только по клиническому течению, но и по психологическому воздействию перенесенного страдания на дальнейшее поведение человека.

А вот типичный пример халатного, можно сказать, преступного отношения к своему здоровью.

Больной Р., 40 лет, поступил на стационарное лечение в хирургическое отделение с диагнозом: болевая форма хронического, часто рецидивирующего панкреатита с обызвествлением (кальцинозом) железы, вторичный сахарный диабет средней тяжести.

Диагноз очень и очень серьезный, по прогнозу — неутешительный. Как же человек в 40 лет мог дойти до жизни такой? История его заболевания представляется весьма поучительной.

Больной страдает хроническим панкреатитом примерно девять лет. Начало заболевания он связывает с периодом, когда приходилось часто бывать в командировках. Он считал, что нарушение режима дня и особенно питания для командированных явление нормальное. Режим питания им нарушался, но режим потребления спиртных напитков, особенно суррогатов (самогон и т. п.) оставался постоянным. Все это не замедлило сказаться: появились опоясывающие боли в верхней половине живота, больше слева, которые после еды усиливались, потом — тошнота, изредка рвота, в конце концов — утрата аппетита и как следствие — значительное похудание.

Неоднократно, подчеркиваем, больной проходил лечение в стационаре. Мучился, страдал, а по выписке, пренебрегая всеми рекомендациями врачей, вновь возвращался к своему образу жизни. Обострения хронического панкреатита, естественно, участились — возникали четыре-пять раз в год. Через четыре года после начала заболевания болевой синдром стал постоянным. Обычные в таких случаях лекарства (папаверин, платифилин, но-шпа) не помогали.

Облегчение у Р. наступало только после приема наркотических препаратов. Вначале, чтобы избавиться от болей, достаточно было ввести два-три миллилитра обезболивающего препарата в сутки, в последующем прием наркотиков вырос до восьми — десяти миллилитров в сутки. Значит, ко всему прочему прибавилась еще и наркомания. Кроме того, на пятом году болезни выявилось нарушение углеводного обмена, что лечащий врач расценил как проявление вторичного сахарного диабета.

Через семь лет при рентгенологическом исследовании, в том числе компьютерной томографии, выявлено пропитывание поджелудочной железы солями кальция (кальциноз). В последующие годы отмечено уменьшение размеров поджелудочной железы вследствие склерозирования ее железистой ткани. Ультразвуковая эхолокация указала на увеличение печени, что было врачами расценено как еще одно заболевание — хроническое воспаление печени (гепатит).

Вот с каким богатым «букетом» оказался Р. к 40 годам своей жизни. И все это он сделал, можно сказать, своими руками, своим безволием, своим, прямо скажем, наплевательским отношением к заботам и советам врачей. Случай этот лишний раз убеждает в том, что предупреждение острого панкреатита, предотвращение его перехода в хроническую форму во многом зависит от самого человека, его дисциплины, мужества и разумного отношения к гигиеническим правилам.

Врачам все чаще приходится иметь дело с больными, у которых развился так называемый травматический панкреатит. И в этих случаях виновником зла нередко является алкоголь. Статистические данные наглядно свидетельствуют о том, что большинство травм, в том числе и травмы живота, случаются у людей в состоянии опьянения.

Здесь необходимо заметить, что очень важно при травмах живота незамедлительно обратиться за медицинской помощью. Запущенная травма живота нередко становится причиной возникновения панкреатита.

Мы уже говорили, что правильный образ жизни человека — лучшая профилактика от многих заболеваний. Правильный образ жизни немыслим без разумного распорядка, режима дня. Великий русский терапевт С. П. Боткин, говоря о тактике врача при курировании пациента, особенно подчеркивал: «Только установив режим больного, врач приступает к лечению».

О режиме дня нам говорят чуть ли не с пеленок. Режим необходим и здоровым, и особенно больным людям. Без него нельзя добиться успеха ни в предупреждении заболеваний, ни тем более в лечении таковых.

Однако построить свою повседневную жизнь рационально удается далеко не каждому. Многие считают, что разложить «по полочкам» каждый час нашей бурной и напряженной жизни просто невозможно. Да, невозможно, если понимать режим дня формально. Режим — не догма, подчиняющая человека, а следование гибкому плану, который сам для себя разрабатывает человек. План этот может быть подвергнут изменениям в частностях, но в главном он должен быть неизменным, принципиальным.

Вспомним слова выдающегося русского физиолога Н. Е. Введенского: «Устают и изнемогают не столько от того, что много работают, сколько от того, что плохо работают». Иначе говоря, пренебрегают принципами, по которым должен строиться рабочий день, да и отдых тоже. А принципы эти довольно просты. Время бодрствования должно быть насыщено физической активностью, интеллектуальной деятельностью и положительными эмоциональными переживаниями.

Известно, что на протяжении дня работоспособность меняется. Высокая вначале, она затем, в результате утомления, снижается. Важно поэтому научиться снимать утомление. Например, в обеденный перерыв выкроить пусть всего несколько минут для пешеходной прогулки, а в кратковременные перерывы в работе проводить несложные гимнастические и дыхательные упражнения. Все это не только полезно, но и необходимо для людей, труд которых состоит из однообразных операций, проводимых в малоподвижных позах.

Вообще любому человеку, но особенно занимающемуся умственным трудом с малоподвижным образом жизни, необходимо каждый день отводить не менее получаса для физических упражнений или физического труда, а в выходные дни — значительную часть времени.

Систематизация разных родов деятельности во времени имеет большое значение. Человеческий организм обладает удивительной способностью реагировать на точность времени при любой своей деятельности. Конечно же, прежде всего это проявляется при приеме пищи.

Если вы привыкли, к примеру, обедать ровно в 13 часов, то будьте уверены — именно к этому часу органы пищеварения будут находиться в наибольшей готовности к приему пищи. Механизм этот начнет давать осечку, если час обеда будет каждый раз другим. Тогда пищеварительные органы, а к ним относится и поджелудочная железа, станут работать хаотично, что создаст почву для появления разного рода расстройств (гастриты, колиты, язвенная болезнь, панкреатиты).

Клинические наблюдения свидетельствуют о том, что многие больные тяжело переносят длительные интервалы между едой. В таких случаях у них появляется слабость, чувство разбитости, а у страдающих заболеваниями органов пищеварения нередко возникают боли, тошнота, сухость во рту, отрыжка, урчание в кишечнике, которые сразу же проходят после приема пищи. Вот почему больным с заболеваниями органов пищеварения, а также сердечно-сосудистой системы рекомендуется пяти- или даже шестиразовое питание.

Выработать, рационально построив свой режим дня, прочный рефлекс на время, в частности на часы принятия пищи, — это значит способствовать достижению наиболее выгодных для организма ритмов физиологических функций. Такой режим создает условия для более совершенного обмена веществ. В результате повышается естественный иммунитет организма к заболеваниям.

Врачебная практика свидетельствует, что среди больных с нарушениями важнейших жизненных функций, особенно с неврозами, большинство составляют люди, ведущие беспорядочный образ жизни. Как правило, у таких людей эмоциональная сфера преобладает над интеллектуальной, что может быть объяснено скорее недостатками воспитания, чем природными данными.

Без эмоций, особенно положительных, человек не может жить. Общение с природой, с искусством, различные увлечения, интересы, все то, что дает радость, удовольствие, удовлетворение, — это тоже часть правильного образа жизни.

Нашему времени присуще и такое явление, как увлечение лекарственными препаратами. Лекарств стало много-

го, выбор их чрезвычайно разнообразен, а реклама иногда бывает такой зазывной, что устоять перед соблазном испробовать на себе какое-то новое медикаментозное средство не так-то просто. Увлечение лекарствами стало причиной возникновения так называемых «лекарственных болезней», в том числе и «лекарственного панкреатита», который в последнее время встречается все чаще.

Наибольшую известность получил стероидный панкреатит, возникающий при длительном применении кортикостероидных гормонов (преднизон, преднизолон, гидрокортизон, кортизон и др.). Эта форма панкреатита встречается как у взрослых, так и у детей.

Профилактика «лекарственного панкреатита» не требует пространных комментариев. Совершенно ясно, что прием лекарственных средств должен осуществляться только по назначению и под контролем врача. Это особенно относится к тем, кто в прошлом перенес заболевание поджелудочной железы. Им в первую очередь нужно избегать медикаментов, фигурирующих в качестве возможной причины развития панкреатита.

Не меньшего, если не большего внимания, чем «лекарственный панкреатит», заслуживают аллергические панкреатиты и их предупреждение. Удельный вес и урон, наносимый аллергическими болезнями (аллергия — необычная, измененная реактивность организма) стали столь значительными, что некоторые ученые склонны рассматривать аллергию как социально-экономическую проблему. Ведущий специалист в области аллергологии академик АМН А. Д. Адо считает, что в настоящее время примерно 10% населения страдает различными проявлениями аллергии.

Рост аллергических болезней обусловлен интенсивной иммунизацией, использованием консервантов в пищевой промышленности, химических удобрений и ядохимикатов в сельском хозяйстве. Немалое причинное значение приобретают и химические вещества, применяемые в быту, а также лекарства.

Роль пищевой аллергии в развитии хронического панкреатита можно проиллюстрировать нижеследующей историей болезни, взятой из врачебной практики.

Больной Г., 48 лет, обратился к врачу с жалобами на периодически возникающие боли в верхней половине живота, больше слева, неустойчивость стула, общую слабость, тошноту, раздражительность. На основе анализа клинических, лабораторных и инструментальных данных лечащий врач поставил диагноз: хронический панкреатит, астеническое состояние. Согласно диагнозу проводилось лечение, которое не дало желаемого результата.

При дополнительном тщательном и методическом собирании анамнеза выяснилось, что у больного периодически отекают лицо и руки, особенно после приема консервированных продуктов, что многие лекарства он переносит плохо, а в весенне-осенний период подвержен хроническому насморку. Эти новые данные послужили основанием для предположения, что у больного, помимо всего прочего, аллергия.

Указанное предположение в дальнейшем было подтверждено исследованиями в аллергологической лаборатории. Г. была проведена коррекция лечения. Больной постепенно поправлялся. Дальнейшие наблюдения за ним показали, что, исключив из питания продукты, вызывающие пищевую аллергию, и периодически получая антиаллергические препараты, он стал практически здоровым и работоспособным.

Приведенный пример показывает, что с аллергией можно не только успешно бороться, но и предупреждать ее. Для этого при подозрении на аллергическое состояние необходимо обратиться к врачу.

Большой медико-социальной проблемой века стало ожирение. Общепризнано, что в экономически развитых странах превышение веса против нормы на 20% можно отметить почти у трети взрослого населения, а в старших возрастных группах и того больше — у половины. Растет число детей, подверженных ожирению.

Большинство специалистов считает, что ожирение в 80—90%, то есть у подавляющего большинства больных, связано с неправильным питанием. С этим нельзя не согласиться. Сегодня со всей очевидностью встает вопрос о рациональном питании, что предполагает особый подход каждого человека к собственному ежедневному рациону.

Давно уже эмпирически и научно доказано, что неправильное питание ухудшает обменные процессы, а это в конечном счете приводит к ожирению со всеми вытекающими отсюда неприятными последствиями. Ожирение становится тяжелым бременем при возникновении различного рода заболеваний внутренних органов, в том числе панкреатита, укрепляет устойчивость заболевания к проводимому лечению.

Как же бороться с ожирением, что нужно делать для того, чтобы вес тела соответствовал норме, не был помехой?

Существуют два пути снижения веса. Первый — это увеличение двигательной активности, второй — изменение режима питания. Второй, несомненно, эффективнее и надежнее. Посудите сами: чтобы компенсировать излишек принятой еды, который, допустим, выражается в плитке шоколада, нужно полтора часа хорошо поработать физически. Такого же времени требуют лишние 100 граммов макарон. Между тем людям, склонным к ожирению, большие физические нагрузки нередко бывают противопоказаны. К тому же двигательная активность разжигает аппетит.

А если попробовать иначе? По знаменитой пословице: «Завтрак съешь сам, обед подели с другом, а ужин отдай врагу». Но и на научной основе: столько-то белков, жиров не более того, углеводов по норме, витамины такие-то. Вот и получится то самое, что называется сбалансированным рациональным питанием, то есть обеспечением организма биологически активными веществами в оптимальном соотношении.

Если задача сводится к тому, чтобы сбросить лишние килограммы, то тут следует помнить следующее. На первом этапе необходимо стабилизировать вес, то есть удержать его на одном уровне, не прибавляя. На втором этапе постепенно избавляться от лишнего веса. А третий этап будет заключаться в том, что, когда вес нормализован, необходимо удержать его на постоянном уровне.

Имеется и такой способ — использование так называемых разгрузочных дней. Чаще применяют пищевой суточный рацион, который состоит исключительно из молочнокислых (чаще кефир или простокваша) или овощных

и фруктовых продуктов. Вначале разгрузочные дни переносятся как здоровыми, так и больными с определенными трудностями, а затем становятся привычными и играют определенную роль в предупреждении и борьбе с ожирением.

В последнее время много копий ломается в спорах о применении голодания для предотвращения ожирения. Приводится много фактов с положительным конечным результатом. Безусловно, как эксперимент метод этот заслуживает внимания. Резервные возможности организма, которые, в частности, так активно проявляют себя при голодании, еще недостаточно изучены. Но уже и сейчас можно сказать, что они имеют пределы. Один из них, очевидно, возрастной.

Кроме того, при длительном голодании происходит невольное «перерождение» органов пищеварения, перерождение не только физиологическое, но частично и анатомическое. Ткань поджелудочной железы, к примеру, при длительном голодании вследствие белковой и витаминной недостаточности подвергается разрушению, что, конечно же, не может не сказаться на функции железы. Понижение функционально «работоспособности» усугубляется еще и тем, что поджелудочная железа вынуждена переходить от одного режима работы к другому и обратно. В таких условиях многое зависит от сохранности самого органа. Между тем люди пожилого и даже среднего возраста редко могут похвастаться безупречным состоянием поджелудочной железы.

Вспоминается один случай из практики. Случай печальный, закончившийся смертельным исходом. Больной К., 62 лет, страдал ожирением, причиной которого были несбалансированное питание и малоподвижный образ жизни. Увлекшись модной теорией голодания, серьезно не посоветовавшись с врачами, он решил на практике проверить эту теорию. За месяц голодания К. похудел на 15 килограммов, что не могло не доставить ему удовлетворения и радости.

Но радость оказалась преждевременной. Вскоре К. поступил в экстренном порядке в хирургическое отделение больницы с тяжелым острым гнойным панкреатитом. Несмотря на все примененные современные методы ле-

чения, спасти его не удалось. У него оказалось омертвление поджелудочной железы, нагноение забрюшинной клетчатки в правой половине живота и множество гнойников в легких.

Защитные силы организма в результате длительного голодания у К. были не только ослаблены, но и подорваны, и он уже не смог справиться с микробным поражением поджелудочной железы и легких. Такие поражения у больных пожилого и старческого возраста вообще трудно и редко поддаются успешному лечению. А здесь еще была быстрая и резкая перестройка организма.

Этим печальным примером мы хотим подчеркнуть, что метод лечения голоданием вовсе небезопасен, как может показаться на первый взгляд. Он должен применяться только по строгим показаниям, под контролем врача и только в больничных условиях с последующим неослабным врачебным наблюдением за больным.

Лечебное питание имеет первостепенное значение и при вторичной профилактике заболеваний органов пищеварительной системы, в том числе и панкреатита. При панкреатитах широкое признание получила практика применения лечебного питания в комплексе с другими методами лечения.

Между тем в период обострения хронического панкреатита, так же как и при остром панкреатите, в первые дни заболевания большую пользу больным приносят голодный режим и холод на поджелудочную область в сочетании с приемом щелочных минеральных вод (лучше боржоми).

Минеральные щелочные воды применяются в теплом виде по полстакана каждые два часа. В зависимости от веса тела больного и сопутствующих заболеваний их количество доводят до полутора литров в сутки. Кроме минеральных щелочных вод, больным можно давать несладкий отвар шиповника или некрепкий чай в теплом виде.

Голод, холод на поджелудочную область и минеральные воды создают функциональный покой для поджелудочной железы, снимают секрецию хлористоводородной кислоты (соляная кислота), которая стимулирует панкреатическую секрецию.

Если клиницисты единодушны в том, что в первые дни болезни голод необходим, то мнения их о сроках полного голодания существенно расходятся. В настоящее время большинство исследователей считает, что после двух-трехдневного голода необходимо достаточно быстро расширить ассортимент блюд и продуктов больным острым панкреатитом.

Приводим примерную диету для больных острым панкреатитом.

Целевое назначение. Максимальное щажение поджелудочной железы. Содействие в острый период болезни нормализации функциональной способности поджелудочной железы, желудка, кишечника и желчного пузыря.

Общая характеристика. Диета с ограничением жира и углеводов, механически и химически щадящая. Исключаются продукты, вызывающие вздутие кишечника, содержащие грубую растительную клетчатку, богатые экстрактивными веществами, стимулирующие секрецию пищеварительных соков.

Кулинарная обработка. Все блюда готовят отварными или на пару. Их консистенция должна быть жидкой и полужидкой.

Режим питания. Дробный — шесть раз в сутки. Температура пищи 20—45°С. На третий день после голода можно рекомендовать нижеследующее меню.

Первый завтрак: 9 часов — омлет белковый паровой, чай с молоком.

Второй завтрак: 11 часов — мясное пюре из отварного мяса, каша из крупы геркулес протертая, жидкая на воде, полпорции с маслом. Чай с молоком.

Обед: 14 часов — суп-пюре из овощей (полтарелки), мясное суфле паровое из отварного мяса без гарнира, кисель фруктовый.

Полдник: 16 часов — стакан отвара шиповника с сахаром.

Ужин: 19 часов — творог кальцинированный протертый с молоком и сахаром или медом, чай с молоком.

Второй ужин: 22 часа — чернослив, размоченный в кипятке.

На день: сухари белые — 50 граммов, сахар — 50 граммов. Все блюда приготовлены без поваренной соли.

Четвертый день

Первый завтрак: 9 часов — омлет белковый, фаршированный отварным протертым мясом, каша рисовая протертая, жидкая на воде, полпорции, чай с молоком.

Второй завтрак: 11 часов — творог нежирный 100 граммов с молоком 50 граммов, стакан отвара шиповника с сахаром.

Обед: 14 часов — суп из вермишели с картофелем, вегетарианский, полпорции; кнели мясные паровые без гарнира; мусс яблочный.

Полдник: 16 часов — чай с молоком.

Ужин: 19 часов — кнели рыбные отварные без гарнира, чай.

Второй ужин: 22 часа — чернослив, размоченный в кипятке.

На день: сухари белые 50 граммов, сахар 50 граммов.

К пятому дню после стихания остроты патологического процесса в поджелудочной железе врач назначает больному диету, в которой предусматривается: белков — 70—80 граммов, жиров — 40—50 граммов, углеводов до 110—120 граммов. Ограничиваются поваренная соль (8—10 граммов) и все, что стимулирует секреторную функцию поджелудочной железы и желудка. Объем пищи и количество свободной жидкости (до 2 литров) — также ограничены. Вводится повышенное количество витаминов группы В и С.

После пятого дня увеличивают количество белков — до 80—90 граммов, жиров — до 60—70 граммов, углеводов — до 250 граммов. Энергетическую ценность диеты доводят до 1500—1600 килокалорий.

Диета к 15—20-му дню болезни должна содержать: белков — до 110 граммов, жиров — 60—80 граммов и углеводов — 180—200 граммов. Калорийность диеты — 2000 килокалорий. Она включает: свежий домашний творог и творожные изделия, блюда из круп и овощей (каши, пудинги и т. п.), вегетарианские супы, нежирное вываренное мясо и блюда из него, нежирную рыбу и рыбные блюда, фруктовые и ягодные соки, кефир, простоквашу и другие молочнокислые напитки, свекольный и морковный соки.

После перенесенного острого панкреатита (примерно

через месяц-полтора) больные в течение шести месяцев, а иногда и дольше должны придерживаться панкреатической диеты, о которой еще будет рассказано. В этот период запрещается употреблять алкогольные напитки в любом виде и количестве, соления, копчености, маринады, консервы, жирное мясо, жирную рыбу, сало, сметану, сливки, сдобу, лук, чеснок, редис.

Лечебное питание для больных панкреатитами строится на нескольких принципах, важность которых безусловна. Во-первых, оно должно быть правильно организовано с учетом того, что больные хроническим панкреатитом очень чувствительны к самым на первый взгляд невинным «зигзагам» в питании, они не сразу привыкают к ограничениям в еде. Стабилизировать правильное, нужное для здоровья и организованное питание при хроническом панкреатите, по сути дела, — решить сложную психологическую задачу. И решать ее следует совместно двум врачам — врачу лечащему и врачу, живущему в каждом больном.

Во-вторых, чтобы правильно определить характер питания при хроническом панкреатите, необходимо выяснить степень нарушений внешнесекреторной функции поджелудочной железы путем определения содержания пищеварительных ферментов в панкреатическом соке. Определив содержание в панкреатическом соке основных ферментов — амилазы, трипсина и липазы, легче подобрать диету, соответствующую сохранившимся пищеварительным возможностям.

При этом надо иметь в виду, что пищеварительный процесс обеспечивается также ферментами, выделяемыми со слюной, желудочным соком, желчью, кишечным соком. И это следует учитывать при практическом решении задачи диетического питания. С другой стороны, успехи современной фармакологии дают возможность заменять недостающее количество ферментов соответствующими искусственными препаратами. О них уже говорилось раньше.

В-третьих, очень важно, чтобы в диетическом меню больных панкреатитом было достаточное содержание липотропных веществ — метионина, лецитина, холина, фолиевой кислоты, которые благотворно влияют

на жировой обмен и функциональную способность печени и поджелудочной железы.

Метионин содержится в белках. Как источник метионина широко известен творог, богато им куриное мясо, которые могут также использоваться в питании. Холин содержится в яйцах, мясе, рыбе, капусте. Источником фолиевой кислоты служат зеленые листовые овощи, картофель, свекла, куриное мясо, печень. Фолиевая кислота синтезируется в самом организме полезной кишечной микрофлорой.

При рациональном питании потребность в метионине, холине, фолиевой кислоте удовлетворяется полностью. Прибегать к дополнительным введениям в организм этих препаратов без специального назначения врача не следует. В пище должно содержаться достаточное количество аминокислот и витаминов. В случае необходимости витаминизация пищи достигается путем добавления не только аскорбиновой кислоты, но и других витаминов. Поэтому врачи стремятся назначать больным комплексы витаминов.

В-четвертых, диета при хроническом панкреатите должна быть высокобелковой, то есть содержать достаточное и даже повышенное количество белка, притом животного происхождения. Если для здорового взрослого человека содержание белка рассчитывают из нормы один грамм на килограмм веса тела, то при хроническом панкреатите предусматривается до полутора граммов на килограмм веса. При этом 60—70% белка должно быть животного происхождения.

Лучше всего усваивается белок молока. Поэтому врачи рекомендуют включать в диету больных панкреатитом все виды молочных продуктов. Исключению из рациона подлежат лишь жирные продукты: сливки, сметана. Ограничивается сливочное масло.

В-пятых, в диете больных панкреатитом следует ограничивать содержание жира, особенно тугоплавких его сортов (свинина, баранина, гусятина и пр.). Из рациона исключаются также жирные колбасы, сорта жирных рыб, копчености, сдобы, торты и т. п.

Контролем содержания жира в пище служат исследования кала на наличие жира и жирных кислот. По-

добный контроль может и должен осуществлять также сам больной. Так, побеление и увеличение массы кала или появление жирного кала свидетельствует о недостаточном переваривании жиров и необходимости их ограничения.

При наличии жира и мышечных волокон в кале рекомендуется применять панкреатические ферменты, которые улучшают пищеварение. Не рекомендуется давать жир в свободном виде. Форма его подачи — либо в блюдах, гарнирах, либо в пищу при ее приготовлении. Растительное масло разрешается давать по переносимости. 20 граммов растительного масла способны полностью удовлетворить суточную потребность в нем.

Если внешнесекреторная функция железы сохранена, количество углеводов в диете доводят до 300—350 граммов. Углеводы вводят в диету не только в виде мучных блюд, но и с овощами (вареными, тушеными, обжаренными, в салатах).

В-шестых, при хроническом панкреатите нарушается выработка липокаической субстанции, в результате чего возможно развитие жирового перерождения и дегенерации поджелудочной железы и печени. Поэтому пищу больных нужно обогащать липотропными факторами (творог, нежирное мясо, нежирная рыба, гречневая и овсяная крупа, по переносимости — растительное масло).

В диете, предназначенной для больных панкреатитом, необходимо предусматривать больше кальция и фосфора, а также достаточно магния и железа. Чтобы полностью удовлетворить суточную потребность организма в кальции, достаточно пол-литра молока. Молоко не только само по себе отличный источник кальция, но оно способно повышать усвояемость кальция, содержащегося в других пищевых продуктах.

Источниками фосфатидов, которые участвуют в жировом обмене, оказывая влияние на интенсивность всасывания жира и использования его в тканях, могут служить нерафинированные и сырые растительные масла, в которых содержание фосфатидов достигает 1400—2500 миллиграммов в 100 граммах масла. Очень много фосфатидов в яичном желтке.

Магний уменьшает спазм гладкой мускулатуры и предотвращает спазм сосудов. Очень много магния содержится в сушеных фруктах — кураге и других, несколько меньше — в хлебе и разных крупах. Железо находится в мясных продуктах и многих фруктах и овощах.

Питание при хроническом панкреатите должно быть достаточно калорийным с учетом профессии и индивидуальных особенностей больного (для работающих физически — не менее 3000 килокалорий, а представителей других профессий — 2500—2800 килокалорий).

Мы рассмотрели требования, предъявляемые к лечебному питанию больных панкреатитами. Всем этим требованиям отвечает диета 5П (П означает — панкреатическая).

Диета 5П назначается при остром панкреатите в период выздоровления для перехода к общему питанию, а также при хроническом панкреатите в стадии обострения и ремиссии.

Целевое назначение. Способствует нормализации функции поджелудочной железы. Повышает синтез белка, идущего на образование панкреатических ферментов и их ингибиторов. Уменьшает рефлекторную возбудимость желчного пузыря. Нормализует функции органов и систем, наиболее часто вовлекаемых в болезненный процесс (желчный пузырь, печень, желудок, кишечник). Предупреждает развитие жировой инфильтрации печени поджелудочной железы.

Общая характеристика. Диета обладает повышенным содержанием белков, липотропных веществ, витаминов. В ней ограничены жиры, углеводы, поваренная соль, экстрактивные и холестериносодержащие вещества, пурины. Из рациона исключены продукты, вызывающие вздутие кишечника.

Кулинарная обработка. Продукты, из которых приготавливается пища, преимущественно измельчаются или протираются. Все блюда готовятся отваренными в воде или на пару.

Калорийность и состав диеты. Энергетическая ценность суточного рациона — 2500—2800 килокалорий. Состав диеты: белков — 120—130 граммов (60—70% жи-

вотного происхождения), жиров — 70—80 граммов (80—85% животного происхождения), углеводов — 300—350 граммов (преимущественно крахмалосодержащие), поваренной соли — 8—10 граммов, свободной жидкости — 1,5 литра.

Режим питания. Прием пищи — пять-шесть раз в сутки.

Температура пищи. Холодные блюда не ниже 15°С, горячие — не выше 57—60°.

Приведем примерный перечень рекомендуемых блюд, которые могут быть приготовлены по 5П диете.

Из хлебных изделий: хлеб пшеничный белый, подсушенный, сухари.

Первый завтрак

Первые блюда: котлеты мясные паровые с отварной вермишелью (говядина, кролик, курица, индейка), суфле творожное, рулет мясной паровой с гречневой кашей протертой, омлет белковый паровой, суфле мясное паровое с картофельным пюре, суфле куриное паровое, суфле рыбное паровое (треска, судак, серебристый хек, щука, навага, морской окунь).

Вторые блюда: каша манная молочная, каша из геркулеса молочная протертая, каша рисовая протертая, каша гречневая молочная протертая, рисовая, манная, овсяная, суфле морковно-яблочное.

Третьи блюда: чай с молоком, кисель фруктовый, молоко.

На второй завтрак (11 часов).

Сок фруктовый (некислый), кисель фруктовый, творог из молока.

Обед

Первые блюда: суп-пюре овощной на слизистом отваре (морковь, кабачки, тыква, картофель), суп-пюре из кур на слизистом отваре с гренками, суп-пюре из моркови с сухарями, суп фруктовый, суп картофельный рисовый с мясными фрикадельками, суп вермишелевый.

Вторые блюда: суфле рыбное паровое без гарнира, сырники со сметаной запеченные, кнели из кур с картофельным пюре, суфле куриное без гарнира, кнели куриные без гарнира.

Третьи блюда: компот фруктовый, отвар шиповника, некислые соки, несладкий чай, желе фруктовое, кисель фруктовый, кисель молочный, фрукты (некислые, спелые яблоки запеченные или протертые).

В полдник: крем молочный, желе молочное, желе фруктовое, кисель молочный, кисель фруктовый, фрукты.

Ужин

Первые блюда: суфле творожное паровое, суфле мясное паровое с картофельным пюре, вареники ленивые со сметаной, бабка творожная со сметаной, суфле рыбное паровое с картофельным пюре, суфле куриное паровое с картофельным пюре.

Вторые блюда: каша гречневая протертая, каша манная, суфле морковно-яблочное, каша из геркулеса протертая.

Третьи блюда: чай с молоком, кисель фруктовый, молоко.

В 22 часа: кисель фруктовый, кисель молочный.

Исключается: белокочанная капуста, баклажаны, красный перец, редька, редис, лук, чеснок, грибы, щавель, бобовые, пшено, перловая, кукурузная крупа, варенье, кондитерские изделия, мороженое, виноград, спиртные и газированные напитки, бараний, говяжий, свиной жир.

Рекомендуемые вкусовые вещества: зелень петрушки, зелень укропа, корень сельдерея и его зелень, лавровый лист, ваниль, гвоздика, корица, лимонная кислота.

Вкусовые вещества обладают питательными свойствами, улучшают аппетит, процессы пищеварения, повышают двигательную функцию кишечника, что весьма важно при длительном диетическом питании.

Однако полезные свойства вкусовых веществ проявляются лишь при умеренном и рациональном применении их.

Примерное однодневное меню на диету 5П

Завтрак: 9 часов — кнели мясные с картофельным пюре, чай.

Второй завтрак: 11 часов — творог кальцинированный 100 граммов.

Обед: 14 часов — суп картофельный с протертой

морковью на геркулесовом отваре (половина порции). Суфле мясное паровое с гречневой вязкой кашей, компот.

Полдник: 16 часов — омлет белковый паровой.

Ужин: 19 часов — рулет рыбный паровой, чай.

Второй ужин: 22 часа — кефир.

На весь день: хлеб белый — 200 граммов, сахар — 30 граммов.

Указанная диета предназначается, как правило, для стационарных больных.

При выписке из лечебного учреждения, в поликлинике или при оказании помощи на дому врач назначает соответствующие лечебные диеты. Опыт показывает, что советы, данные в устной форме, не достигают цели, так как больной их забывает. Работу врача по назначению лечебного питания значительно облегчают памятки о диетах, которые имеются в некоторых поликлиниках и больницах. Памятки содержат по каждой диете важнейшие практические указания о наборе продуктов, их кулинарной обработке, режиме питания, а также примерное меню.

Врач, давая советы больному, объясняет сущность назначенной диеты и указывает длительность ее применения. Он также вносит в памятку некоторые поправки в наборе продуктов применительно к конкретному больному, его возрасту, привычкам, имея одновременно в виду наличие других сопутствующих заболеваний.

Больной должен знать, что при диагнозе панкреатита лечащий врач берет его под активное диспансерное наблюдение, которое в зависимости от клинических форм, течения заболевания, индивидуальных особенностей по срокам бывает различным.

Диспансерное наблюдение может заключаться в следующем. Непосредственно после острого периода болезни и выписки из больницы пациент приходит на контрольный осмотр к врачу не менее одного раза в месяц, если же он проходит курс амбулаторного лечения, то раз в неделю. При обострении заболевания больной обращается к врачу немедленно.

Активное врачебное диспансерное наблюдение пре-

кращается лишь тогда, когда у пациента в течение трех лет не было обострений заболевания и при контрольном врачебном обследовании у него не обнаружились патологические явления со стороны желудочно-кишечного тракта.

В случае необходимости в диспансеризации могут участвовать хирург, эндокринолог и другие специалисты. Важно, чтобы больной, перенесший панкреатит, являлся к лечащему врачу по первому же его вызову. Такое врачебное диспансерное наблюдение поможет избежать осложнений, а при их возникновении больному будет оказана своевременная квалифицированная помощь.

Врачебный опыт показывает, что от панкреатита можно избавиться лишь в том случае, если больной продолжительное время соблюдает курс диетического питания и ведет рациональный образ жизни даже в период улучшения. Коварство панкреатита заключается, между прочим, и в том, что он даже в фазе ремиссии, если больной нарушил диету, может дать вспышку болезни.

Больной должен быть уверен в том, что только полноценная диета при разумном образе жизни может избавить его от болезни. Как говорил Н. И. Пирогов, без веры (в данном случае — в целесообразность и целебную силу диетпитания) нет борьбы, а без борьбы нет победы (выздоровления). И в этом больному должен помочь лечащий врач.

В профилактике и лечении панкреатита, который очень часто сочетается с заболеваниями желудка, двенадцатиперстной кишки, желчевыводящих путей, печени, кишечника, важную роль играет система профилакториев, однодневных домов отдыха при заводах и фабриках, где также осуществляется лечебное питание.

В период ремиссии хронического панкреатита мы рекомендуем повторные профилактические курсы лечения. В комплекс профилактического курса входит прежде всего медикаментозное лечение. С профилактической целью используются в основном те же медикаменты, что и при лечении заболевания в остром периоде.

С профилактической целью нередко назначают препараты, содержащие пищеварительные ферменты. Такие препараты нужны больным хроническим панкреатитом с выраженным нарушением внешней секреторной функции, что выявляется при активном врачебном наблюдении, и в этих случаях применение ферментных препаратов должно быть длительным, если не постоянным.

При хроническом холецистопанкреатите применяют препараты, стимулирующие секрецию желчи и способствующие ее выделению в кишечник, что благоприятствует опорожнению желчного пузыря.

Из средств, способствующих выделению желчи, врачи применяют желчегонный чай, настой или отвар шиповника, кукурузных рылец, бессмертника, зверобоя; препараты холосас, холагол. Пригодны также соли минеральных источников (сернокислая магнезия, карловарская соль). Следует помнить, что желчегонные средства раздражают слизистую оболочку кишечника, поэтому их не следует назначать на длительный срок. Солевые препараты рекомендуется запивать теплой минеральной водой.

Стимулятором панкреатической секреции является соляная кислота. Она применяется в разведенном виде по 20—40 капель на прием в половине стакана воды или в смеси с ферментами в виде искусственного или натурального желудочного сока. Такое лечение показано при сопутствующих секреторных нарушениях желудка.

Многие клиницисты рекомендуют принимать щелочи в виде щелочных препаратов или минеральных вод. Однако назначение этих препаратов оправдано лишь тогда, когда избыточное выделение соляной кислоты желудочного содержимого чрезмерно стимулирует отделение желчи и панкреатического сока. В таких случаях следует назначать их не более чем на месяц.

Что касается антибиотиков, то в профилактическом курсе лучше обойтись без них. Курс лечения антибиотиками назначается только по строгим показаниям. Такими показаниями могут быть активность инфекции в желчных путях или желчном пузыре, а также случай-

ная кишечная инфекция. Выбор антибиотика, продолжительность курса лечения и контроль за его эффективностью осуществляет врач.

Заканчивая наши рекомендации по медикаментозному профилактическому лечению, хочется еще раз предостеречь от чрезмерного увлечения лекарствами в хроническом периоде и вне обострения панкреатита. Для сохранения ремиссии далеко не всегда нужны медикаменты. Предупредить рецидивы болезни помогает соблюдение режима диеты. Хорошее действие оказывает физиотерапия. В последние годы применяется индуктотерапия и микроволны сверхвысокой частоты (СВЧ-терапия). Они обладают обезболивающим, противовоспалительным и антиспастическим действием.

Важным компонентом в профилактике хронического панкреатита и реабилитации переболевшего этой болезнью является курортное лечение. Курорты гастроэнтерологического профиля имеются в Ессентуках, Железноводске, Трускавце, Джермуке, Моршине, Дорохове и в других городах.

Курортное лечение рекомендуется повторять два-три года подряд. Лечебный эффект на курортах достигается комплексным применением вод, диеты, режима питания и общесанаторным распорядком дня.

В то же время приходится весьма осторожно рекомендовать курортное лечение больным, у которых хронический панкреатит сочетается с желчнокаменной болезнью и хроническим аппендицитом. Дело в том, что питьевое лечение нередко вызывает обострение хронического аппендицита, требующее неотложного хирургического лечения.

Направление на названные курорты особенно показано больным, перенесшим удаление желчного пузыря. Таким больным курортное лечение помогает в случаях отсутствия осложнений через четыре-шесть месяцев после операции. Лечение минеральными водами способствует усилению секреции желчи, промываются желчные пути, выводятся остатки мелких камней и песка. Одновременно улучшается обмен и создаются условия для предупреждения нового образования камней.

То же самое относится и к камням в поджелудоч-

ной железе. Кроме того, в результате питьевого лечения может усиливаться внутрисекреторная функция поджелудочной железы, что благотворно влияет на течение сахарного диабета.

Благоприятное профилактическое действие на больных панкреатитом оказывает пребывание на общих соматических курортах. Направление на курорт в этих случаях определяется соображениями укрепления общего здоровья. В таких санаториях обеспечивается диета и есть возможность соблюдения режима питания, что требуется при данном заболевании. При стойкой ремиссии больной может быть направлен даже в дом отдыха или пансионат, если там ему будут созданы необходимые условия.

В последние годы широкое распространение получили тюбажи, проводимые без дуоденального зондирования. В таком случае пациент выпивает натощак от пол-литра до литра теплой щелочной минеральной воды (чаще боржоми, ессентуки № 4, реже карловарской), предварительно удалив из нее углекислый газ (для этого накануне несколько часов бутылку с минеральной водой держат открытой). В нее добавляют около 10 граммов сернокислой магнезии. Человек лежит на правом боку, приложив к правой половине живота на 45—60 минут грелку, обернутую полотенцем. Такие тюбажи проводятся обычно два раза в неделю в течение двух-трех недель. Они также дают положительный эффект.

Важное место в предупреждении обострений панкреатита занимает лечебная физкультура.

При хронической форме панкреатита вне периода обострения задачи лечебной физкультуры состоят в следующем:

1. Укрепление нервной системы через общетонизирующее воздействие на нервно-психическое состояние больного.

2. Нормализация, а затем и повышение обмена веществ и улучшение функционального состояния организма.

3. Улучшение кровообращения в органах брюшной полости.

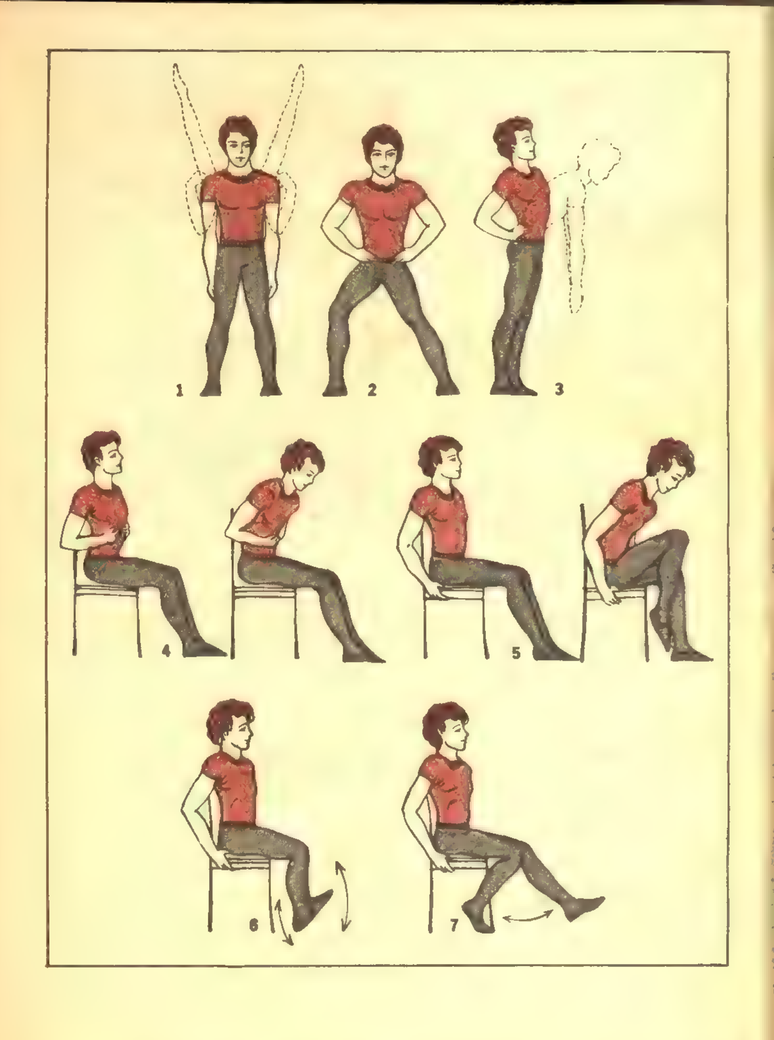
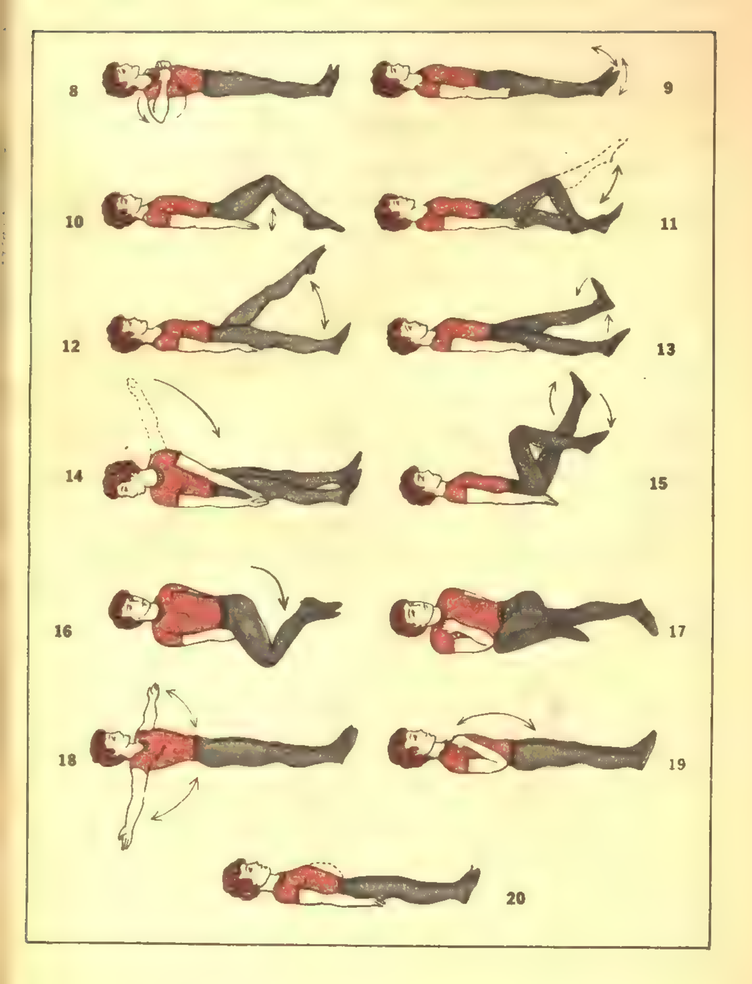


Рис. 3. Упражнения лечебной физкультуры при панкреатитах


8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20

4. Обучение диафрагмальному дыханию (диафрагма как бы «массирует» поджелудочную железу, что способствует улучшению ее функции).

При острых формах панкреатита от лечебной физкультуры следует воздержаться.

В лечебную физкультуру включаются упражнения из различных исходных положений для конечностей, туловища, брюшного пресса с постепенно увеличивающейся нагрузкой. Отдельно проводятся дыхательные упражнения, при которых акцентируется внимание на диафрагмальном дыхании. Не рекомендуются силовые упражнения, требующие напряжения и сопровождающиеся повышением внутрибрюшного давления, а также упражнения, связанные с резкими движениями.

Темп выполнения упражнений — медленный и средний. Продолжительность занятия 15—20 минут. Упражнения следует выполнять в указанной последовательности, соблюдая обозначенную дозировку, в любое время дня, но лучше в утренние часы, спустя час-полтора после еды.

Проводить занятия необходимо ежедневно, в хорошо проветренном помещении. Трудновыполнимые упражнения можно контролировать перед зеркалом. Одежда занимающегося не должна стеснять движений. При плохом самочувствии нужно обратиться к врачу, который даст соответствующие рекомендации.

При наличии сопутствующих заболеваний изменение в комплекс упражнений следует вносить только по рекомендации врача лечебной физкультуры, методиста или лечащего врача.

После выполнения упражнений необходимо в течение трех-четырех минут полежать на спине, вытянув руки вдоль туловища ладонями вниз, ноги слегка развести, глаза прикрыть — добиться полного расслабления. Затем желательно проделать водную процедуру (обтирание, обливание, душ). В комплекс тренировочных упражнений, кроме лечебной гимнастики (рис. 3, а и б), включается ходьба на свежем воздухе на расстояние один-два километра в темпе, привычном для больного.

Хорошее настроение, желание продолжать занятия,

отсутствие неприятных ощущений являются признаками благоприятных реакций организма на лечебную физкультуру. К таким реакциям также относятся: учащение пульса на 15 (не больше) ударов в минуту по сравнению с пульсом до начала упражнений или урежение пульса на пять-восемь ударов в минуту по сравнению с пульсом до занятия и возвращение пульса к исходным величинам через пять минут после окончания упражнений. Признаками благоприятной реакции по частоте дыхания являются: учащение дыхания на пять-восемь в минуту по сравнению с дыханием до упражнений и возвращение частоты дыхания к исходным величинам через три-пять минут после окончания занятий.

Регулярные самостоятельные систематические занятия лечебной физкультурой с постепенно увеличивающейся нагрузкой повышают общий тонус организма, нормализуют обмен веществ и улучшают кровообращение, а также функциональное состояние органов и систем, оказывают положительное психотерапевтическое воздействие, создают хорошее настроение, а тем самым способствуют излечению от панкреатита, делают организм более устойчивым к различным заболеваниям.

Не только воспаление

Панкреатиты, как острый так и хронический, сами по себе, как мы уже убедились в предыдущих разделах, представляют, несомненно, грозную опасность. Не менее опасны они и как причина возникновения других заболеваний поджелудочной железы. Из таких заболеваний, где панкреатиты прямо или косвенно играют причинную роль, наиболее серьезны кисты, камни и опухоли поджелудочной железы.

Кисты, как, впрочем, и камни и опухоли, представляют собой нежелательные новообразования, возникшие в результате развития патологических процессов в поджелудочной железе. Кисты, например, чаще всего возникают как итог воспалительного и травматического разрушения ткани железы.

По виду киста — это так называемая осумкованная

полость, проще говоря, сумка, наполненная жидкостью. Сумки бывают различного объема; по данным исследователей, в них может содержаться от 50 миллилитров до шести-восьми литров жидкости. При больших объемах кисты выходят далеко за пределы поджелудочной железы, оставаясь все же непосредственно с ней связанными.

Панкреатическая киста может быть одиночной или множественной (поликистоз). Место ее появления — в любом отделе поджелудочной железы. Правда, замечено, что в подавляющем числе случаев (83%) кисты образуются в левой половине поджелудочной железы, то есть в теле и хвосте ее. Объясняется это тем, что тело и хвост железы больше подвержены поражениям при панкреатите и травмах.

Механизм образования панкреатических кист на фоне панкреатита или травмы представляет собой следующее. Воспалительно-деструктивный, геморрагический или травматический процесс в паренхиме поджелудочной железы под воздействием выделенных железой ферментов приводит к распаду ткани и образованию полости в малом сальнике или забрюшинной клетчатке. Возникающий вокруг очага распада рыхлый спаечногрануляционный процесс в дальнейшем ведет к образованию фиброзной капсулы (сумки), которая формируется примерно через три месяца. Создавшаяся в капсуле полость постепенно наполняется жидкостью. Возникает киста.

Показательна картина возникновения посттравматической кисты при такой, например, травме, как прямой тупой удар по поджелудочной области. При ударе поджелудочная железа резко придавливается к позвоночному столбу, а так как она имеет малую подвижность и не обладает гибкостью, это приводит к разрыву или к надрыву ее. В последнем случае возможно обильное кровоизлияние в железу и окружающие ее ткани.

Кистообразования при хроническом панкреатите носят разнообразный характер. В частности, образование кисты может возникнуть как следствие омертвения ограниченных участков ткани органа. При этом допол-

нительными отрицательными факторами иногда бывают рубцевание и сужение крупных панкреатических протоков, расширения их. Система панкреатических протоков в таком случае приобретает своеобразный вид «цепи озер, соединенных протоками». Такого рода кистозное перерождение поджелудочной железы особенно характерно для алкогольного панкреатита.

Возникновению кист при хроническом панкреатите могут способствовать растяжения (ретенации) ацинусов и канальцев, если в них застаивается панкреатический секрет. Такие кисты называются ретенционными. Причины, мешающие нормальному прохождению секрета, могут быть самыми различными. Это и закупорка выходных протоков поджелудочной железы камнем или опухолью, и последствия воспалительно-рубцового процесса.

Развитию кист поджелудочной железы могут способствовать и такие факторы, как расстройство питания железистой ткани, нарушение целости протоков железы, возникновение препятствия оттоку панкреатического сока с развитием внутрипротокового повышения давления.

Кисты поджелудочной железы — сравнительно редкие заболевания, но весьма опасные своими осложнениями: нагноением, разрывом кисты, перекручиванием ножки и злокачественным перерождением.

Болезнь распознается при прощупывании опухоли в верхней половине живота, когда наличествуют уже признаки нарушения внешней и внутренней секреции поджелудочной железы. Нарушения эти объясняются тем, что киста приводит к уменьшению объема железистой ткани органа, расстраивая ее питание. Нередко при этом киста «действует в союзе» с панкреатитом.

Большие кисты вызывают ощущение тяжести в животе, постоянные или периодические тупые боли в его верхней половине, отдающие в спину и левую половину туловища. Очень сильные боли возникают при давлении кисты на солнечное и верхнебрыжечное нервные сплетения.

Лечение при кистообразованиях — хирургическое. Меры профилактики такие же, как и при панкреатитах.

Камнеобразование в поджелудочной железе — это редкое хроническое заболевание, причиной возникновения которого является нарушение обменных процессов, приводящее к увеличению концентрации солей кальция в панкреатическом соке.

Камни, образующиеся в поджелудочной железе, как правило, располагаются в ее главном выводном протоке, нередко проникая своими отростками в боковые ответвления протока. Состоят они из углекислого и фосфорнокислого кальция с незначительной примесью органических веществ. Цвет камней обычно светло-серый или серо-желтый, поверхность их неровная. Часто встречаются множественные камни величиной от песчинки до лесного ореха.

Камнеобразованию способствует застой секрета в протоках поджелудочной железы, возникающий в результате механических препятствий. В свою очередь, образовавшиеся камни создают новые препятствия для нормального сокоотделения. Воспаления протоков, когда в них попадает инфекция (чаще всего из желчных путей), также ведут к камнеобразованию. Происходит это чаще всего при хроническом панкреатите, и поэтому можно сказать, что камнеобразовательный и воспалительный процессы взаимообусловлены.

Заболевание часто протекает бессимптомно даже при камнях значительной величины. Болевой симптом появляется неожиданно в состоянии полного здоровья, обычно на высоте пищеварения. Боли ощущаются как territoriesобразные приступы, локализующиеся в подложечной области и распространяющиеся, как правило, в левую половину туловища. Они могут длиться от нескольких часов до нескольких суток.

Сильные болевые приступы часто сопровождаются рвотой, повышением температуры, слюнотечением и заканчиваются иногда отхождением камня в кишечник. Боли могут повторяться. При прохождении камня через фатеров сосок не исключена возможность появления желтухи.

Лечение больных, страдающих камнеобразованием в поджелудочной железе, большей частью консервативное. При приступах в домашних условиях допуска-

ется прием папаверина, платифилина, но-шпы. При отсутствии эффекта от указанных лекарств, конечно же, необходимо обратиться к врачу, который и определит характер и объем лечебных мероприятий.

Если врач исключает наличие панкреатита, то в домашних условиях можно пользоваться грелкой с теплой водой. При осложнении, вызванном инфекцией, что проявляется повышением температуры тела, показаны антибиотики и сульфаниламидные препараты.

В случае, когда камень ущемился или возникли непроходящие, часто повторяющиеся приступы болей, показано оперативное лечение.

Наибольшую опасность представляют опухоли поджелудочной железы, которые в подавляющем большинстве оказываются злокачественными. Доброкачественные опухоли встречаются крайне редко (0,001—0,003%), и говорить о них практически не приходится. Другое дело — рак поджелудочной железы, по частоте поражения органов желудочно-кишечного тракта занимающий четвертое место после раковых заболеваний желудка, пищевода и толстой кишки.

Рак поджелудочной железы встречается у людей обоего пола, преимущественно в возрасте старше 50 лет.

Наиболее часто встречается рак головки поджелудочной железы, реже — тела и хвоста, еще реже — всей железы. Рак поджелудочной железы может перейти и на соседние органы: заднюю стенку желудка, печень, селезенку, левую почку и поперечноободочную кишку.

Диагностика рака поджелудочной железы, особенно на ранней стадии развития, представляет большие трудности. При постановке диагноза должно учитываться все: и медленное развитие заболевания, и характер болевых ощущений, и быстрая потеря в весе больным, и симптомы сдавления близлежащих органов, и, конечно же, изменения в содержании панкреатических ферментов в крови, моче и дуоденальном содержимом, а также скорость оседания эритроцитов (СОЭ). Не может не учитываться и явление нарушения углеводного обмена, дополняющее общую картину.

В последние годы диагностика опухоли поджелудочной железы обогатилась новыми, успешно внедренны-

ми в клиническую практику методами. С их помощью стало возможным определение размеров поджелудочной железы, а главное, выявление изменений в самом органе как локального, так и диффузного характера.

Лечение данной болезни назначается после твердо установленного диагноза. Если нет данных за то, что опухоль поджелудочной железы распространилась в другие органы, единственным методом лечения пока что является радикальное удаление опухоли (нередко — полное удаление железы) с последующим комплексом медикаментозного и диетического воздействия.

Профилактика рака поджелудочной железы обширна и разнообразна. Она включает в себя борьбу с алкоголизмом, курением, ожирением, предупреждение острого и хронического панкреатита, заболеваний желчных путей, организацию полноценного сбалансированного по белкам, жирам, углеводам, витаминам, минеральным элементам питания, соблюдение правил техники безопасности при работе с промышленными канцерогенными (предрасполагающими к развитию опухоли) веществами.

Алексей Максимович КАПИТАНЕНКО

ПРОФИЛАКТИКА БОЛЕЗНЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Главный отраслевой редактор А. Нелюбов
Редактор Б. Самарин
Мл. редактор Л. Щербакова
Художник А. Астрецов
Худож. редактор М. Гусева
Техн. редактор А. Красавина
Корректор Н. Мелешкина

ИБ № 7331

Сдано в набор 30.05.85. Подписано к печати 29.05.85. А04798. Формат бумаги $70 \times 100^{1}/_{32}$. Бумага офсет. № 2. Гарнитура журнально-рубленая. Печать офсетная. Усл. печ. л. 3,90. Усл. кр.-отт. 8,12. Уч.-изд. л. 4,85. Тираж 862 990 экз. Заказ 1959. Цена 15 коп. Издательство «Знание». 101835, ГСП, Москва, Центр, проезд Серова, д. 4. Индекс заказа 856309. Ордена Трудового Красного Знамени Калининский полиграфический комбинат Союзполиграфпрома при Государственном комитете СССР по делам издательств, полиграфии и книжной торговли. 170024, г. Калинин, пр. Ленина, 5.

15 коп. Индекс 70063





КАПИТАНЕНКО Алексей Максимович — заслуженный врач РСФСР, кандидат медицинских наук, доцент, возглавляет одно из ведущих лечебно-профилактических учреждений. Автор более 145 научных работ, в том числе трех монографий, посвященных актуальным вопросам теоретической и практической медицины. Большое место в его научных трудах занимают вопросы профилактики, диагностики и лечения заболеваний органов пищеварения. А. М. Капитаненко принимает участие в разработке и внедрении в практику здравоохранения современных методов исследования и лечения больных гастроэнтерологического профиля. Является активным пропагандистом медицинских знаний среди населения.

ИЗДАТЕЛЬСТВО «ЗНАНИЕ»